



**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA**

**FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA**

**IV MESTRADO EM CIÊNCIAS DA FISIOTERAPIA**

**Tradução e Adaptação Cultural da Functional Abilities  
Confidence Scale para a Língua Portuguesa**

Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre  
na Especialidade de Ciências da Fisioterapia

**Lília Catarina Pimentel Almeida**

**Orientador: Prof. Dr. João Gil**

**Co-Orientador: Prof. Dr. Jan Cabri**

Novembro de 2011





**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA**

**FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA**

**IV MESTRADO EM CIÊNCIAS DA FISIOTERAPIA**

**Tradução e Adaptação Cultural da Functional Abilities  
Confidence Scale para a Língua Portuguesa**

Dissertação apresentada com vista à obtenção do Grau de Mestre  
na Especialidade de Ciências da Fisioterapia

**Lília Catarina Pimentel Almeida**

**Orientador: Prof. Dr. João Gil**

**Co-Orientador: Prof. Dr. Jan Cabri**

Novembro de 2011

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor João Gil pelo apoio, simpatia, disponibilidade e orientação para a realização deste trabalho e pela autorização de utilização das versões portuguesas do Questionário de 6 itens e do Questionário de Roland e Morris sobre incapacidade.

Ao Professor Doutor Jan Cabri pela disponibilidade e apoio na resolução dos problemas e necessidades que foram surgindo.

Às autoras da escala Dr<sup>a</sup> Renee Williams e Dr<sup>a</sup> Anita Myers, pela autorização concedida e pela disponibilidade apresentada para o apoio na realização deste estudo.

A todos os serviços de fisioterapia da ilha e S. Miguel que autorizaram a participação no estudo e aos seus terapeutas e utentes pela disponibilidade e participação.

A todos os que me são próximos pelo apoio, pela inesgotável paciência e compreensão nas fases mais difíceis deste trabalho.

## RESUMO

**Título:** Tradução e Adaptação Cultural da Functional Abilities Confidence Scale para a Língua Portuguesa

**Autora:** Lília Almeida

**Orientador:** Professor Doutor João Gil

**Co-orientador:** Professor Doutor Jan Cabri

**Objectivo:** traduzir, adaptar e validar a Functional Abilities Confidence Scale (FACS) para a língua e cultura portuguesas.

**Métodos:** tradutores bilingues e profissionais de saúde experientes traduziram e verificaram a equivalência semântica. A validade de conteúdo foi verificada por indivíduos comuns. A análise da validade, fiabilidade foi realizada numa população de 102 indivíduos com lombalgia não-específica que procuram os cuidados primários de saúde.

**Resultados:** A versão portuguesa da FACS possui equivalência semântica e bons níveis de fiabilidade (Alfa de Cronbach= 0,95 e CCI = 0,95). Possui ainda níveis de validade aceitáveis de conteúdo, construção e critério, por comparação com o Questionário de 6 itens e o Questionário de Roland and Morris.

**Conclusão:** O estudo permitiu encontrar qualidades psicométricas que justificam a aplicabilidade da versão portuguesa da FACS em sujeitos com dor lombar não-específica. Espera-se que este instrumento constitua um suporte na avaliação, reabilitação e investigação de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com a dor lombar.

**Palavras-chave:** Functional Abilities Confidence Scale (FACS); Lombalgia não-específica; Dor lombar; Validação; Fiabilidade; Doenças músculo-esqueléticas; Questionários de auto-avaliação; Adaptação linguística e cultural.

## **ABSTRACT**

**Title:** Translation and Cultural Adaptation of the Functional Abilities Confidence Scale to Portuguese

**Author:** Lília Almeida

**Mentor:** PhD João Gil

**Co-mentor:** PhD Jan Cabri

**Objective:** to translate, adapt and validate the Functional Abilities Confidence Scale (FACS) for the Portuguese language and culture.

**Methods:** bilingual translators and experienced health professionals translated and verified the semantic equivalence. Content validity was checked by ordinary individuals. The analysis of validity, reliability and sensitivity was conducted in a population of 102 individuals with nonspecific low back pain who seek primary health care.

**Results:** The Portuguese version of FACS has semantic equivalence and good levels of reliability (Cronbach's  $\alpha=0.95$  and ICC  $=0.95$ ). It also has acceptable levels of content validity, construct and criterion, when compared to the 6 Items questionnaire and the Roland and Morris Disability Questionnaire.

**Conclusion:** The study allowed us to find psychometric qualities that justify the applicability of the Portuguese version of FACS in subjects with non-specific low back pain. It is hoped that this instrument constitutes a support in the evaluation, rehabilitation and research in musculoskeletal disorders related to low back pain.

**Keywords:** Functional Abilities Confidence Scale (FACS); Nonspecific low back pain: Low back pain, Validation, Reliability, Musculoskeletal disorders, Self-assessment questionnaires; Linguistic and cultural adaptation.

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	IV
RESUMO.....	V
ÍNDICE GERAL .....	VII
1. INTRODUÇÃO .....	11
1.1 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
1.2 OBJECTIVOS .....	17
2. METODOLOGIA.....	18
2.1 INTRODUÇÃO .....	18
2.2. TIPO DE ESTUDO.....	18
2.3. OBJECTIVO GERAL DO ESTUDO .....	19
2.4. SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO .....	19
<i>Critérios de inclusão</i> .....	19
<i>Critérios de exclusão</i> .....	20
2.5. PROCEDIMENTOS .....	20
<i>Tradução</i> .....	20
<i>Validação</i> .....	21
<i>Fiabilidade</i> .....	22
2.6. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS.....	23
<i>Functional Abilities Confidence Scale</i> .....	23
<i>O Questionário de 6 itens</i> .....	24
<i>Questionário de Roland Morris sobre incapacidade</i> .....	25
<i>Escalas Visuais Analógicas da dor e do grau de incapacidade</i> .....	25
2.7. TRATAMENTO DE DADOS .....	26
2.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	27
3. RESULTADOS DO ESTUDO .....	28
3.1 TRADUÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA .....	28
3.2 VERIFICAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA DE CONTEÚDO .....	30
3.3 ESTUDO DA FIABILIDADE, VALIDADE DE CONSTRUÇÃO E VALIDADE DE CRITÉRIO.....	33
<i>Caracterização e descrição da amostra</i> .....	33
<i>Fiabilidade</i> .....	36
<i>Validade de construção</i> .....	37

<i>Validade de critério</i> .....	39
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	40
4.1 A AMOSTRA.....	40
4.2 A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL .....	40
4.3 A FIABILIDADE E VALIDADE DA VERSÃO PORTUGUESA DA FACS .....	41
5. CONCLUSÃO .....	47
6. BIBLIOGRAFIA.....	48
APÊNDICES .....	54
APÊNDICE 1 - Relatório do Painel para Análise de Equivalência Semântica (1ª Versão de Consenso).....	55
APÊNDICE 2 - Relatório 2 do Painel para Análise de Equivalência Semântica (2ª Versão de Consenso).....	61
APÊNDICE 3 - FORMULÁRIO DO TESTE DE COMPREENSÃO – PRÉ-TESTE .....	66
APÊNDICE 4 - Relatório do Painel para Análise de Equivalência de Conteúdo - Versão 3 (Versão pré-final) .....	82
APÊNDICE 5 - A Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais - Versão Final.....	89
APÊNDICE 6 - Protocolo Entregue nos Serviços de Fisioterapia.....	91
APÊNDICE 7 - Consentimento Informado .....	103
ANEXOS.....	105
ANEXO I - Functional Abilities Confidence Scale (FACS) .....	106
ANEXO 2 - Autorização dos autores da FACS para a adaptação e validação cultural e linguística da FACS .....	108



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Consensos resultantes da equivalência de significado dos itens da FACS – 1º versão de consenso .....	28
Tabela 2: Consensos resultantes da equivalência de significado dos itens da FACS - versão de reconciliação.....	29
Tabela 3: Idade do painel de indivíduos com lombalgia.....	30
Tabela 4: Género, problema, situação profissional e habilitações literárias .....	31
Tabela 5: Duração das entrevistas .....	32
Tabela 6: Tempo de preenchimento da Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais.....	32
Tabela 7: Género, situação profissional, habilitações literárias e situação familiar .....	34
Tabela 8: Idade .....	34
Tabela 9: Localização e caracterização da dor.....	35
Tabela 10: Intensidade da dor, grau de incapacidade, incómodo com os sintomas nas costas e na perna, interferência da dor no trabalho normal, satisfação com os sintomas e dias de redução de actividade e de absentismo ao trabalho (n=102).....	35
Tabela 11: Estado de saúde (RMQ) e auto-confiança no desempenho (FACS).....	36
Tabela 12: FACS – Reprodutibilidade (n=51) .....	37
Tabela 13: Auto-confiança no desempenho (FACS) vs localização da dor	38
Tabela 14: Auto-confiança no desempenho (FACS) vs caracterização da dor .....	38
Tabela 15: Auto-confiança no desempenho (FACS) vs intensidade da dor, grau de incapacidade, incómodo com os sintomas nas costas e na perna, interferência da dor no trabalho normal, satisfação com os sintomas e dias de redução de actividade e de absentismo ao trabalho (n=102) .....	39
Tabela 16: Auto-confiança no desempenho (FACS) vs RMQ (n=102) .....	39

## **ABREVIATURAS**

AC - AçorClínica

AS - Açoreana Seguros

CAL - Clínica do Aparelho Locomotor

CBJ - Clínica do Bom Jesus

CFPD - Centro de Fisioterapia de Ponta Delgada

CFRG - Centro de Fisioterapia da Ribeira Grande

CSP - Centro de Saúde da Povoação

CSRG - Centro de Saúde da Ribeira Grande

CSVF - Centro de Saúde de Vila Franca

CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da  
Universidade de Coimbra

DOT - Dictionary of Occupational Titles

ERGHO - European Research Group on Health Outcomes

EVA - Escala Visual Analógica

FACS - Functional Abilities Confidence Scale

HDES - Hospital do Divino Espírito Santo

ODQ - Oswestry Disability Questionnaire

QBPDS - Quebec Back Pain Disability Scale

RMQ - Roland-Morris Disability Questionnaire

PSEQ - Nicholas' Pain Self-Efficacy Questionnaire

## 1. INTRODUÇÃO

A dor lombar é definida como sendo localizada entre a décima segunda vértebra e o músculo grande glúteo e na maioria dos casos é não-específica <sup>(1)</sup>.

A lombalgia tem uma prevalência de 60 a 85%, ou seja quase todos os adultos tem, pelo menos, uma vez lombalgia ao longo da vida <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup> <sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>. Assim, a lombalgia representa um fardo económico para a sociedade, principalmente em termos de número de dias de trabalho perdidos e, em menor dimensão, em custos de tratamentos <sup>(1)</sup> <sup>(4)</sup> <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup>.

Monitorizar resultados é um componente fundamental para avaliar os efeitos dos cuidados de saúde baseados na evidência e para justificar os serviços e programas de avaliação <sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup>. A Functional Abilities Confidence Scale (FACS) (Anexo 1) é uma medida standard, desenvolvida com terapeutas e, mais importante, com pacientes com lombalgia. A FACS tem boas propriedades psicométricas, incluindo fiabilidade teste-reteste, consistência interna, poder de resposta e validade convergente e divergente <sup>(12)</sup>.

## 1.1 REVISÃO DA LITERATURA

A dor lombar é um problema de saúde e socioeconómico major, usualmente definida como localizada abaixo da linha da décima segunda vértebra e acima do músculo grande glúteo, com ou sem irradiação para o membro inferior <sup>(1) (2) (13) (14) (15) (16)</sup>. Geralmente, é caracterizada por sintomas como dor e tensão ou rigidez muscular <sup>(15) (17) (18)</sup>, para os quais não é possível identificar uma causa específica. Algumas pessoas podem sentir dor até à coxa, mas geralmente a dor lombar é mais predominante <sup>(18)</sup>.

A fisiopatologia da lombalgia permanece complexa e multifacetada. Várias estruturas anatómicas da coluna lombar (por exemplo, ossos, ligamentos, tendões, discos e músculos) são suspeitas de estar envolvidas no processo de dor. Muitos destes componentes da coluna lombar têm inervação sensitiva que podem gerar sinais nociceptivos, representando estímulos e respostas de tecido danificado. Outras causas podem ser neuropáticas (por exemplo, ciática). A maioria dos casos de lombalgia crónica envolve, provavelmente, um misto de etiologias nociceptiva e neuropática <sup>(6) (16)</sup>.

São várias as origens da lombalgia: lesão de músculos e ligamentos, artrose das articulações interapofisárias posteriores, hérnias discais com ou sem compressão de raízes nervosas, estenose do canal central ou foramidal, sinovite das facetas articulares e alterações congénitas <sup>(9) (15)</sup>. Cerca de 98% das lombalgias específicas ocorrem por disfunção, geralmente temporária, de músculos, ligamentos, ossos ou discos vertebrais <sup>(9)</sup>.

A dor lombar pode estar associada a sintomas numa perna. Uma causa comum para a dor lombar com irradiação para um membro inferior (por exemplo, dor ciática) é uma hérnia num disco intervertebral lombar. No entanto, existem evidências de que a dor

irradiada para a perna pode também surgir da irritação de outros tecidos profundos, A irritação mecânica da zona posterior do anel fibroso, o ligamento dorsal longitudinal, e das raízes nervosas tem mostrado provocar dor ciática, assim como a irritação química das facetas articulares que também parecem causar uma dor semelhante <sup>(6)</sup>.

A dor lombar é habitualmente classificada como aguda se, sem episódio prévio nos últimos seis meses, ocorre subitamente e tem uma duração inferior a seis semanas; sub-aguda se tiver duração entre seis semanas e doze semanas; e crónica quando dura mais de doze semanas <sup>(2, 5) (6) (13) (14) (17)</sup>.

Outros apresentaram uma classificação de dor lombar baseada em factores etiológicos (isto é, mecânicos, infecciosos, inflamatórios, metabólicos, neoplásicos e viscerais). De acordo com essa classificação, a maioria das pessoas com dor lombar têm causas mecânicas que incluem estiramento/tensão lombossacral, doença degenerativa do disco, espondilolistese, estenose espinhal e fracturas. Esta classe é não específica, enquanto as outras cinco classes são constituídas por doenças específicas com diagnóstico exacto. Nos casos em que a causa exacta da dor lombar não pode ser determinada, tem sido recomendado o uso termos como lombalgia “não específica” ou “idiopática” <sup>(6)</sup>. Então, dor lombar pode ser classificada como específica, quando há suspeita de uma patologia como causa, ou não específica que constitui cerca de 90% dos casos <sup>(5) (6) (14)</sup>.

A maioria dos episódios de dor lombar resolve-se em algumas semanas, mas muitos têm um curso recorrente <sup>(14) (19)</sup>. Em grande parte dos pacientes os episódios recorrentes têm intervalos de um ano, afectando 20 a 44% da população activa, com uma probabilidade de recidivas superior a 85% <sup>(1) (2) (19)</sup>. Os novos episódios são duas vezes mais frequentes em indivíduos com

história de lombalgia <sup>(14)</sup>. A dor lombar afecta mais homens do que mulheres e tem maior incidência naqueles com idades entre os 25 e os 64 anos <sup>(14) (17) (16)</sup>.

A lombalgia tem um largo efeito no paciente e na sociedade, devido à sua elevada frequência e às suas consequências económicas. O impacto económico das patologias músculo-esqueléticas pode ser medido em termos de problemas a eles associados, tais como dor ou incapacidade relacionados com o sistema músculo-esquelético <sup>(14)</sup>.

A dor piora geralmente com a marcha, com as posições de pé e sentada prolongadas, o que restringe a mobilidade e viagens em qualquer meio de transporte. O medo de episódios recorrentes podem afectar drasticamente as actividades do indivíduo quer laborais quer de lazer. A dor pode também afectar o sono <sup>(6) (14)</sup>.

Medidas de auto-avaliação podem ser instrumentos poderosos na avaliação do impacto que a dor lombar tem no indivíduo e dos resultados das intervenções que lhe são prestadas <sup>(20)</sup>, bem como dos estudos clínicos de eficácia <sup>(11, 21) (22)</sup>. Para isso, entre outras propriedades, tais medidas precisam de ser válidas e fiáveis.

Validade indica que a medida mede aquilo a que se destina medir <sup>(20)</sup>. Os testes de validade pretendem saber se os indicadores medem de facto os atributos que lhe estão subjacentes. Em geral os critérios que devem ser verificados são a validade de conteúdo, a validade de construção, e a validade de critério <sup>(23)</sup>.

A validade de conteúdo demonstra que o domínio do conteúdo de um instrumento de medição é apropriado relativamente aos objectivos esperados. Cada item deve cair em, pelo menos, uma das áreas de conteúdo. Se isso não acontecer é porque não é relevante para os objectivos da escala ou estes não são suficientemente exaustivos. Para se proceder a este tipo de validação é necessário

observar os seguintes passos inter-relacionados: especificar o domínio completo do conteúdo; especificar os procedimentos de amostragem usados na construção do instrumento de medição; e proceder à análise da apresentação do instrumento de medida <sup>(23)</sup>.

A validade de construção demonstra que se segue a interpretação proposta para os valores do instrumento de medição baseada em implicações teóricas associadas às construções, isto é, que o paradigma teórico corresponde verdadeiramente às observações. Este tipo de validade é geralmente dividido em validade convergente e validade discriminante <sup>(23)</sup>.

A validade de critério demonstra até que ponto os valores obtidos pelo instrumento estão relacionados com uma medida de critério. O coeficiente de correlação é a única forma de mostrar a correspondência entre as duas escalas. A validade de critério é normalmente dividida em dois tipos de validade que se distinguem pela existência actual ou futura da variável de critério: a validade concomitante e a validade preditora <sup>(23)</sup>.

O conceito de fiabilidade está associado a duas definições. Por um lado, fiabilidade é o grau de liberdade que um instrumento tem de estar isento de erro aleatório, o que pressupõe homogeneidade do conteúdo e coerência interna. A segunda definição de fiabilidade está associada à reprodutibilidade ou estabilidade inter-temporal de um instrumento (reprodutibilidade teste-reteste) e à concordância entre avaliadores num determinado ponto do tempo <sup>(23)</sup>.

O teste da coerência interna é baseado nas correlações possíveis entre dois conjuntos de itens dentro de um teste. A reprodutibilidade teste-reteste é o grau com que um instrumento de medida fornece resultados estáveis no tempo medido através do chamado método do teste repetido <sup>(23)</sup>.

Escalas como Roland-Morris Disability Questionnaire, Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) e Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDQ) já foram validadas em português <sup>(24)</sup> e também têm por objectivo medir o grau de incapacidade em indivíduos com lombalgia <sup>(24) (25)</sup>.

Williams e Myers (1998) desenvolveram a FACS (Anexo 1), visando a medição da auto-eficácia ou da auto-confiança no desempenho de acções específicas relacionadas com o trabalho em indivíduos com lombalgia <sup>(7) (12)</sup>. A auto-eficácia refere-se a confiança de um indivíduo nas suas capacidades (ou nível de auto-confiança) para a realização de actividades específicas ou ir de encontro às exigências de uma situação específica. Outros autores referem que a auto-eficácia ajuda a explicar o porquê de indivíduos com capacidades ou habilidades equivalentes têm níveis de desempenho diferentes. <sup>(12)</sup>

As pessoas tendem a realizar actividades com menos esforço quando desconfiam das suas capacidades ou vão mesmo evitar totalmente tais actividades. A Confiança e expectativas são moldadas e reforçadas por quatro fontes de informação: o domínio da actividade, persuasão verbal, sinais fisiológicos e experiência vicarial (observando outras pessoas). Cada fonte de informação pode facilitar (por exemplo, aumentar a auto-eficácia) ou, inversamente, inibir. Por exemplo, experienciar sintomas adversos durante o exercício, como fadiga, espasmos musculares ou ansiedade por medo de uma nova lesão pode levar à redução da confiança e desencorajar novas tentativas <sup>(12)</sup>.

Existem dados que suportam o argumento que a auto-eficácia é um melhor preditor de adesão ao tratamento e de resultados do que a capacidade física e a sua possível mudança <sup>(12)</sup>.

Na escala, as pontuações obtidas ajudam os terapeutas a compreenderem o porquê de alguns indivíduos não conseguirem



realizar actividades da vida diária compatíveis com os níveis da sua actividade física. Através da identificação dos indivíduos com baixa confiança, os terapeutas podem encaminha-los para melhoria da auto-confiança e motorizar o seu progresso em relação ao desempenho durante o processo de reabilitação <sup>(12)</sup>.

A medida é rápida de completar e fácil de pontuar. Os seus 15 itens foram seleccionados de modo a reflectirem o que se considera serem movimentos e posturas básicas afectadas pela lombalgia de origem músculo-esquelética, tendo como base um leque de actividades comuns e que percorrem vários domínios relacionados com o trabalho <sup>(12) (26)</sup>.

A FACS tem boas propriedades psicométricas, incluindo a fiabilidade teste-reteste, consistência interna, poder de resposta e validades convergente e discriminante <sup>(26)</sup>.

## **1.2 OBJECTIVOS**

A adaptação cultural e linguística de um questionário é essencial para garantir a qualidade dos dados obtidos, assim como a verificação da sua validade e fiabilidade para uma determinada população <sup>(23)</sup>.

O objectivo geral deste estudo foi a tradução e adaptação da FACS para a língua e cultura portuguesas e a sua validação numa população de indivíduos com lombalgia não-específica que procuram os cuidados primários de saúde. Assim, definiram-se como objectivos específicos: traduzir a FACS para a língua portuguesa, garantir a validade de conteúdo, testar a validade de construção e critério da versão portuguesa, analisar a coerência interna e a reprodutibilidade do instrumento.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 INTRODUÇÃO**

O actual estudo foi precedido de um pedido de autorização formal aos autores da FACS para a sua validação e tradução para a língua e cultura portuguesas (Anexo 2).

De modo a garantir a qualidade das equivalências conceptuais e linguísticas e as propriedades psicométricas da versão portuguesa da FCAS, adoptou-se como referência as regras apresentadas pelo *European Research Group on Health Outcomes (ERGHO)* <sup>(27)</sup> que têm como representantes em Portugal o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) <sup>(23)</sup>.

### **2.2. TIPO DE ESTUDO**

Este estudo foi desenhado para adaptar e validar linguística e culturalmente a FACS para a população portuguesa. O estudo foi constituído por três etapas de acordo com a metodologia aconselhada pelo CEISUC <sup>(23)</sup>.

A primeira etapa consistiu na tradução e verificação da equivalência semântica. Na segunda etapa, procedeu-se à verificação da validade de conteúdo, concluindo assim o processo de adaptação cultural e linguística. A última parte envolveu a análise da fiabilidade e das validades de critério e construção da versão portuguesa da FACS. Nesta fase seguiu-se um estudo transversal numa amostra de conveniência de indivíduos com lombalgia não-específica que procuraram os cuidados primários de saúde.

Assim, este é um estudo de natureza metodológica transversal, comparativo e correlacional.

### **2.3. OBJECTIVO GERAL DO ESTUDO**

O objectivo deste estudo consistiu na adaptação e validação linguística e cultural da FACS numa amostra de indivíduos com lombalgia não-específica que procuram cuidados primários de saúde.

### **2.4. SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO**

Após pedido de autorização e respectivo deferimento das instituições, o estudo foi realizado na Clínica do Aparelho Locomotor (CAL), no Centro de Saúde da Povoação (CSP), no Hospital do Divino Espírito Santo (HDES), no Centro de Saúde de Vila Franca (CSVF), na Physis, na Açoreana Seguros (AS), na AçorClínica (AC), na Clínica do Bom Jesus (CBJ), no Centro de Fisioterapia de Ponta Delgada (CFPD), no Centro de Saúde da Ribeira Grande (CSRG) e no Centro de Fisioterapia da Ribeira Grande (CFRG).

#### ***Critérios de inclusão***

A amostra foi constituída por indivíduos com problemas lombares, ou seja, com limitações de actividade devido a sintomas na coluna lombar e/ou nos membros inferiores com ela relacionados, referidas há menos de seis semanas (agudos), entre seis a doze semanas (sub-agudos) e/ou há três ou mais meses (crónicos). Indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos, que aceitaram participar no estudo, estavam a realizar tratamento de fisioterapia, por problema lombar e tinham grau de conhecimento da língua portuguesa suficiente para concluir questionários escritos.

### ***Critérios de exclusão***

Foram excluídos do estudo pacientes com existência de comorbilidade incapacitante permanente e de défices neuromotores graves, história de cirurgia anterior, de processo de litigação, gravidez e o não saber ler nem escrever.

## **2.5. PROCEDIMENTOS**

### ***Tradução***

O processo de tradução envolveu a obtenção das equivalências conceptual e linguística. Estas equivalências tiveram início na produção de uma tradução. Foram seleccionados dois tradutores portugueses, com elevada fluência em língua Inglesa. Ambos, de modo independente, realizaram as traduções inglês/português.

Após a tradução, realizou-se um painel de peritos clínicos para uma análise de equivalência de significados dos itens traduzidos da FACS. Objectivou-se analisar a qualidade da tradução da medida, no que respeita à clareza, linguagem coloquial e tradução literal, analisar a equivalência de significado dos itens traduzidos e obter o consenso sobre a tradução da medida. Nesta etapa, houve especial atenção para palavras ou termos com várias traduções possíveis em português ou vários significados em inglês e situações em que o equivalente semântico pudesse dificultar a interpretação na língua portuguesa. No final do painel foi realizado um relatório para sintetizar as conclusões da reunião efectuada (Apêndice 1).

Num segundo momento, foi efectuada uma retroversão da versão de consenso para a língua inglesa, por um tradutor com o inglês como língua materna e com elevada fluência na língua portuguesa.

Realizou-se então uma nova reunião onde foram comparadas a retroversão da 1ª versão de consenso com a versão original da FACS. Os objectivos foram os definidos na etapa anterior, visando-se criar uma versão de reconciliação. Foi elaborado novamente um relatório com os resultados obtidos (Apêndice 2).

Toda esta primeira fase do estudo contou com a colaboração do CEISUC.

### **Validação**

Para demonstrar a validade de conteúdo foi utilizado um painel de pessoas comuns com lombalgia, que se encontrava em tratamento ambulatorio de fisioterapia na CAL. Estes fizeram juízos sobre a clareza, a inclusão de todos os conceitos, a redundância de itens e escala do um instrumento.

Foram realizadas doze entrevistas individuais e estruturadas (Apêndice 3) a indivíduos com lombalgia com os seguintes objectivos:

- Analisar a redacção das notas introdutórias e/ou explicativas das perguntas constantes da FACS, quanto à sua clareza, correcção e grau de compreensão;

- Analisar a existência (ou inexistência) de perguntas que possam ser consideradas irrelevantes;

- Analisar a existência ou inexistência de perguntas que possam ser considerados redundantes;

- Analisar a ausência de perguntas que possam ser consideradas relevantes;

- Analisar, em termos genéricos, a aceitabilidade e compreensibilidade do instrumento de medição em causa.

Após esta análise realizou-se um relatório com as principais conclusões (Apêndice 4) e formou-se a versão definitiva portuguesa da FACS (Apêndice 5).

Na demonstração da validade de construção realizou-se a análise das relações lógicas com outras medidas. Isto foi conseguido através da comparação dos resultados da *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* entre indivíduos com *dor sem irradiação* e com *dor com irradiação* e entre sujeitos com *dor aguda* e com *dor sub-aguda ou crónica*.

Quanto à validade de critério, à semelhança do que foi realizado pelas autoras da escala original, avaliamos as associações entre os valores da versão portuguesa da FACS e os da versão portuguesa do RMQ.

### ***Fiabilidade***

Na verificação da fiabilidade procedeu-se a uma nova medição com o mesmo instrumento (a versão portuguesa da FACS) e com as mesmas pessoas, após um período de tempo de 2 dias.

## 2.6. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS

### ***Functional Abilities Confidence Scale***

A FACS (Anexo I) foi desenvolvida em 1998 por Williams e Myers para avaliar indivíduos com problemas lombares. Até 1995 nenhum questionário de auto-eficácia havia sido desenvolvido para avaliar lombalgia e pela altura em que iniciaram o estudo apenas o Nicholas' Pain Self-Efficacy Questionnaire (PSEQ) pareceu uma medida relevante<sup>(12)</sup>.

Inicialmente foi feita uma abordagem qualitativa com oito pacientes com lombalgia e 6 terapeutas para explorar a relevância da auto-eficiência no processo de recuperação, da qual se conclui que, apesar da importância da “auto-confiança”, os itens do PSEQ eram demasiado vagos e o final de cada item (“apesar da dor”) era desagradável por estar permanentemente implícita a cronicidade da lesão. Com base na informação recolhida dos participantes, examinaram as “tarefas” do *Dictionary of Occupational Titles* (DOT). Das 20 tarefas, 14 pareceram aplicáveis a lesões músculo-esqueléticas relacionadas com a lombar (estar de pé, andar, sentar, levantar, carregar, empurrar, puxar, subir, equilibrar, inclinar, ajoelhar, agachar, rastejar, e alcançar). Estas tarefas eram compatíveis com a taxonomia desenvolvida por Harper et al para a avaliação clínica de pessoas com lombalgia. Os itens para a FACS foram seleccionados para reflectir movimentos básicos e posturas afectados por lombalgia músculo-esqueléticas, relacionados com o trabalho. O formato da escala de 0% a 100% do nível de confiança sugerido por Bandura obteve aprovação, ficando a escala constituída por 15 itens, cada um com pontuação possível de 0 a 100%. A pontuação final é obtida somando as pontuações de cada item e dividindo pelo número de itens respondidos. Recomenda-se

que pelo menos 70% dos itens (11 de 15 itens) sejam completados para calcular a pontuação total para um dado paciente <sup>(12)</sup>.

A fiabilidade foi testada num grupo de 20 pessoas em dois tempos diferentes com um intervalo de tempo médio de 1,8 dias, obtendo um elevado teste-reteste (ICC=0.94). Para o processo de validação foram utilizadas 4 escalas e a FACS em 104 indivíduos. O alfa de Cronbach e as correlações inter-item e item-total indicaram alta consistência interna e não sugeriram que qualquer dos itens fosse excluído<sup>(12)</sup>.

### ***O Questionário de 6 itens***

Um grupo internacional de investigadores liderado por Deyo, propuseram um pequeno questionário que inclui seis domínios ou *constructos* considerados fundamentais na medição e avaliação dos problemas lombares. São eles: a dor, a função, o bem-estar, a incapacidade, a incapacidade/função de desempenho (trabalho) e a satisfação com os cuidados. O questionário é considerado como componente importante para uma bateria de testes padronizada a utilizar em trabalhos de investigação, uma vez que tem a vantagem de abranger diversos domínios da saúde, medidos, cada um deles, num único e simples item.

O layout do questionário que continha estas duas medidas incluiu cinco itens relacionados com: o incómodo com os sintomas, pontuado de 1 (nada incomodativos) a 5 (muitíssimo incomodativos); a função, interferência da dor no trabalho normal, cotado de 1 (nada) a 5 (muitíssimo); o bem-estar:, sentimento com os sintomas, variando entre 1 (muito insatisfeito) a 5 (muito satisfeito); Incapacidade, medida pelo número de dias de restrição de actividade e incapacidade/função de desempenho medida pelo número de dias de absentismo ao trabalho. Estes itens constam da



versão portuguesa do Short 6 item Questionnaire de Deyo et al, 1998<sup>(28) (29)</sup>.

### ***Questionário de Roland Morris sobre incapacidade***

O Roland and Morris Disability Questionnaire foi desenvolvido como parte de um estudo desenhado para descrever a história natural da lombalgia, efectuado numa amostra de 230 doentes, com idade entre os 16 e os 64 anos, observados e seguidos por causa daquele problema de saúde<sup>(30)</sup>. Em 2006, foi traduzido e adaptado para a população portuguesa com um elevado teste-reteste e uma alta consistência interna<sup>(31)</sup>.

O questionário é constituído por 24 perguntas de auto-resposta. As perguntas têm uma resposta dicotómica (sim ou não) e o resultado final corresponde à soma das respostas sim. Este resultado pode variar entre 0 e 24, correspondendo o zero a uma pessoa sem queixas e 24 a um doente com limitações muito graves<sup>(28) (29)</sup>.

Recolheu-se também informação relativa ao sexo, idade, habilitações literárias, profissão e situação profissional dos respondentes.

### ***Escala Visual Analógica da dor e do grau de incapacidade***

A intensidade da dor e o grau de incapacidade foram avaliados através de uma escala visual analógica com 10 centímetros de comprimento. Para a intensidade da dor a escala tinha assinalado numa extremidade a classificação “Sem Dor” e, na outra, a classificação “A pior dor possível”. Para o grau de incapacidade

percepcionado os valores extremos foram “Sem incapacidade” e “Incapacidade total”<sup>(32)</sup>.

Deste pequeno protocolo (Apêndice 6) constava ainda a caracterização do padrão da dor (há menos de seis semanas - 1; entre seis e doze semanas - 2 e há mais de doze semanas - 3) e a identificação da localização da dor (apenas na região lombar - 1; na região lombar com dor irradiada para a coxa até ao joelho - 2; na região lombar com dor irradiada para a perna abaixo do joelho - 3; na região lombar com dor irradiada para a perna abaixo do joelho e straight leg raisig positivo – 4). Esta parte do protocolo foi preenchida pelo fisioterapeuta responsável pelo tratamento do sujeito respondente.

## **2.7. TRATAMENTO DE DADOS**

Os dados foram analisados através do programa informático SPSS 17.0 para Windows.

Para a descrição e caracterização da amostra, foram utilizadas, as medidas estatísticas de tendência central e de dispersão (média, amplitude, desvio padrão e variância).

A reprodutibilidade da FACS foi analisada através do coeficiente de correlação intra-classe (CCI). Valores de CCI < 0,40 reflectem uma fraca fiabilidade, entre 0,40-0,75 uma fiabilidade satisfatória e > 0,75 indiciam níveis de muito boa fiabilidade <sup>(33)</sup>.

Para coerência interna foi utilizado o alpha de Cronbach. Varia entre 0 e 1, tendo como valores de referência: <0,60 - inadmissível; 0,60 – 0,69 – fraca; 0,70 – 0,79 – razoável; 0,80 – 0,89 – boa e ≥0,90 muito boa da coerência interna <sup>(34)</sup>.

No estudo da validade foi utilizado: o teste T de student para a comparação entre as médias das pontuações obtidas na auto-eficácia ou auto-confiança no desempenho de acções específicas, entre dois grupos num mesmo momento.

O coeficiente de correlação de Pearson para o estudo das relações entre as pontuações obtidas pela aplicação da FACS e as registadas pela aplicação do RMQ, bem como as EVAs da intensidade da dor, grau de incapacidade, número de dias de restrição de actividade e de absentismo ao trabalho. O coeficiente de correlação de Spearman para o estudo das relações entre as pontuações obtidas pela aplicação da FACS e as registadas nos indicadores incómodo com os sintomas, bem-estar e interferência da dor no trabalho normal. Os valores de referência foram: <0,20 (muito baixa); 0,20–0,39 (baixa); 0,40–0,69 (moderada); 0,70–0,89 (alta); 0,90–1,00 (muito alta) <sup>(35)</sup>.

## **2.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Todos os sujeitos da amostra foram voluntários conscientes e informados sobre os objectivos, procedimentos, a contribuição de cada participante e possíveis implicações do estudo. Foi assumido o compromisso de garantia da confidencialidade dos dados. Todos os participantes assinaram um documento comprovativo da participação voluntária e informada neste estudo, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia (Apêndice 7).

O projecto deste estudo foi submetido à aprovação do Comité de Ética da Faculdade de Motricidade Humana.

### 3. RESULTADOS DO ESTUDO

#### 3.1 TRADUÇÃO E VERIFICAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA

Após as traduções da FACS de inglês para português procedeu-se à análise da equivalência de significado dos itens traduzidos tendo-se obtido a 1ª versão de consenso. A tabela 1 resume os consensos gerados.

**Tabela 1:** Consensos resultantes da equivalência de significado dos itens da FACS – 1º versão de consenso

	Original	Equivalente Semântico	Observações
Título	Functional Abilities Confidence Scale	Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais	
Instruções 1ª linha	We would like to know how confident you are that you can do things today	Gostaríamos de saber até que ponto se sente confiante de que é capaz de realizar certas actividades hoje	
Instruções 2ª linha	...you are able....”...	”...consegue realizar...	
Instruções 3ª e 4ª linha	...your current level of confidence that you could perform the activity...	...o seu nível de confiança na realização da actividade...	
Item 1 a 15 frase introdutória	How confident are you that you can...”	Até que ponto se sente confiante de que é capaz de...”	Uma vez que a frase se repete em todos os itens, decidiu-se destacá-la no início da escala, deixando em cada um dos itens apenas a referência às actividades neles constantes
Item 8	Reach above your head?	Alcançar acima da sua cabeça?	
Item 9	Bend down and return to a standing position?	Dobrar-se e voltar à posição de pé?	
Item 10	kneel down and return to a standing position?	Ajoelhar-se e voltar à posição de pé?	
Item 11 e 12	..carry..	carrregar	
Item 13 e 14	..levantar...	... lift...	

Depois da retroversão de português para inglês, procedeu-se à análise e comparação das versões obtidas e do instrumento original. As questões divergentes foram discutidas e, após consenso, obteve-se a versão de reconciliação (2ª versão de consenso) da FACS. A Tabela que se segue resume as decisões tomadas.

**Tabela 2:** Consensos resultantes da equivalência de significado dos itens da FACS - versão de reconciliação

Item	Original	Equivalente Semântico	Observações
Instruções, 2ª linha	"...you are able to do...."	"...é capaz de realizar..."	Embora a opção resultante do 1º painel tivesse sido "...consegue realizar..." a aceitação desta alteração surge como mais indicada, até porque esse tinha sido também o equivalente encontrado para a frase introdutória de cada um dos 15 itens que compõem a escala: <i>Até que ponto se sente confiante de que é capaz de...</i>
Item 13 e 14	"Pick up a box..."	"Levantar uma caixa..."	Todavia na versão original a acção é claramente definida com levantar ( <i>lift</i> ) e não <i>pegar</i> ( <i>pick up</i> ) Assim sendo, foi nestes itens mantida a redacção <i>Levantar uma caixa</i> como equivalente semântico de <i>lift a box</i> .

### 3.2 VERIFICAÇÃO DA EQUIVALÊNCIA DE CONTEÚDO

A 2ª versão de consenso, que resultou da análise da equivalência semântica do significado dos itens traduzidos, foi submetida à apreciação de um grupo de indivíduos com lombalgia que se encontrava em tratamento ambulatorio.

A idade dos participantes variou entre 16 e 78 anos, para uma média de 44,75 anos (Tabela 3).

**Tabela 3:** Idade do painel de indivíduos com lombalgia

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
12	16	78	44,75	16,788

Foram entrevistados três homens e nove mulheres e, no seu conjunto 8,3% sofriam de contractura paravertebral lombar e outros 8,3% assimetria postural lombar. A maior percentagem, de 33,3%, correspondia a hérnia discal e lombalgia mecânica de esforço, tendo a lombociatalgia à esquerda um valor de 16,7%. Da totalidade dos participantes apenas uma era doméstica, sendo dispare as restantes profissões referenciadas. A grande maioria dos participantes tinha entre o ensino básico e o secundário (74,9%), não havendo nenhum que enquadrasse a categoria *sabe ler e escrever* (Tabela 4).

**Tabela 4:** Género, problema, situação profissional e habilitações literárias

Variável	N	%
Género	N	%
Masculino	3	25,0
Feminino	9	75,0
-----		
Problema lombar		
Contractura paravertebral lombar	1	8,3
Assimetria postural lombar	1	8,3
Hérnia discal	4	33,3
Lombalgia mecânica de esforço	4	33,3
Lombociatalgia à direita	2	16,7
-----		
Profissão		
Administrativo	1	8,3
Ajudante de reabilitação	1	8,3
Assistente de consultório	2	16,7
Auxiliar de fisioterapia	1	8,3
Doméstica	1	8,3
Estudante	1	8,3
Fisioterapeuta	1	8,3
Governanta	1	8,3
Professora de música	1	8,3
Professora universitária	1	8,3
Vendedor de peças e serviços	1	8,3
-----		
Habilitações Literárias		
Sabe ler e escrever	0	0
Ensino básico	5	41,6
Ensino secundário	4	33,3
Ensino superior	3	25

Cada entrevista, teve início com uma breve explicação do trabalho a desenvolver e da sua justificação. Posteriormente, foi-lhes pedido que preenchessem o questionário *Functional Abilities Confidence Scale*. Relembrou-se, entretanto, que o interesse não residia nas respostas, mas sim na formulação das perguntas.

A duração média destas entrevistas foi de 11,58 minutos, para um mínimo de 7 e um máximo de 16 minutos (Tabela 5).

**Tabela 5:** Duração das entrevistas

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
12	7,00	16,00	11,58	2,785

A média do tempo de preenchimento da *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* foi de 4,17 minutos, para um mínimo de 3 minutos e um máximo de 6 minutos (Tabela 6).

**Tabela 6:** Tempo de preenchimento da Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
12	3.00	6	4,17	1,115

Na opinião dos doze respondentes a *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* é, no geral, claro, fácil de compreender, fácil de responder, curto e adequado para indivíduos que sofrem de lombalgia e/ou lombociatalgia. Não foram também identificados quaisquer problemas quanto às instruções, ou seja, não houve dificuldade em as compreender, entendeu-se que nelas nada faltava e, em consonância, nenhuma alteração foi proposta quanto ao modo de as redigir.

Somente na questão 8, dois dos participantes sugeriram, que a redacção da pergunta fosse *Alcançar um objecto acima da sua cabeça?* e não apenas .... *Alcançar acima da sua cabeça?*

Como na medida original o autor só faz referência à tarefa *alcançar* sem implicar um objecto, foi decidido manter a redacção original.

Por não serem referenciadas quaisquer outras dificuldades, relativamente à análise de conteúdo dos itens traduzidos foi preparada a versão portuguesa da FACS que foi utilizada no presente estudo (Apêndice 8).



### **3.3 ESTUDO DA FIABILIDADE, VALIDADE DE CONSTRUÇÃO E VALIDADE DE CRITÉRIO**

Esta etapa do estudo foi realizada em dez estabelecimentos onde se realizam tratamentos em ambulatório de fisioterapia, na ilha de São Miguel. A amostra utilizada foi caracterizada relativamente aos dados demográficos, laborais e saúde geral.

#### ***Caracterização e descrição da amostra***

No estudo participaram 102 indivíduos que se encontravam a receber tratamento de fisioterapia para o seu problema a nível da coluna lombar. Dos 102 indivíduos, apenas 51 participaram no estudo para a fiabilidade, tendo todos sido considerados no estudo da validade de critério e construção.

A nossa amostra foi então constituída por um grupo heterogéneo de 102 sujeitos, com predomínio de elementos do sexo feminino (52%), casados (51,5%) e detentores na sua maioria de habilitações literárias inferiores ou iguais ao ensino básico (62,8%), sendo que sessenta e um elementos (59,8%) exerciam uma actividade profissional (Tabela 7). A média de idades observada foi de 46,07 anos, para um mínimo de 15 e um máximo de 82 anos (Tabela 8).

**Tabela 7:** Género, situação profissional, habilitações literárias e situação familiar

Variável		N	%	%válida
Género	Feminino	53	52,0	
	Masculino	49	48,0	
Situação profissional	Trabalhador por conta de outrem	51	50,0	
	Trabalhador familiar não remunerado	1	1,0	
	Patrão	5	4,9	
	Trabalhador por conta própria	5	4,9	
	Desempregado	4	3,9	
	Estudante	8	7,8	
	Doméstica	14	13,7	
	Reformado	14	13,7	
Habilitações literárias	Sabe ler e escrever	22	21,6	
	Ensino básico	42	41,2	
	Ensino secundário	26	25,5	
	Ensino superior	12	11,8	
Situação familiar	Casado/a com registo	52	51,0	51,5
	Casado/a sem registo	7	6,9	6,9
	Solteiro/a	26	25,5	25,7
	Viúvo/a	9	8,8	8,9
	Divorciado/a	4	3,9	4,0
	Separado/a	3	2,9	3,0
	Total	101	99,0	100,0
	Dado em falta	1	1,0	

**Tabela 8:** Idade

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
102	15	82	46,07	16,63

A localização da dor dos indivíduos da nossa amostra era maioritariamente apenas na região lombar (57,8%), mas vinte e quatro indivíduos (23,5%) apresentava irradiação distal com *straight leg raising positivo*. A maioria dos indivíduos exibia um problema lombar crónico (50,0%) (Tabela 9).

**Tabela 9:** Localização e caracterização da dor

Variável			N	%
Localização da dor	Região lombar		59	57,8
	Região lombar com irradiação proximal		19	18,6
	Região lombar com irradiação distal		24	23,5
Caracterização da dor	Há menos de seis semanas		28	27,5
	Entre seis e doze semanas		23	22,5
	Há mais de doze semanas		51	50,0

A *intensidade da dor no momento* e o *grau de incapacidade* foram ambos auto-classificados entre os valores de 0 (*sem dor ou sem incapacidade*) e 10 (*a pior dor possível ou incapacidade total*), sendo a média das pontuações obtidas de 4,77 e 4,60 respectivamente. Em média, os sintomas foram classificados como *moderadamente incomodativos* (3) quer para a dor nas costas quer para a dor na perna; a dor interferiu *moderadamente* (3) no trabalho normal (incluindo o trabalho doméstico) e os indivíduos sentiam-se, em média, *muito insatisfeitos* (1) com os sintomas. Nove e cinco dias foram, em média, o observado para a *redução de actividade* e o *absentismo ao trabalho*, respectivamente (Tabela 10).

**Tabela 10:** Intensidade da dor, grau de incapacidade, incómodo com os sintomas nas costas e na perna, interferência da dor no trabalho normal, satisfação com os sintomas e dias de redução de actividade e de absentismo ao trabalho (n=102)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Intensidade da dor	102	,30	10,00	4,77	2,46
Grau de incapacidade	102	,10	9,80	4,60	2,71
Incómodo com os sintomas (dor nas costas)	102	1,00	5,00	3,30	,92
Incómodo com os sintomas (dor na perna)	67	,00	5,00	3,00	1,28
Interferência da dor no trabalho normal	102	1,00	5,00	3,25	,95
Satisfação com os sintomas	102	1,00	3,00	1,39	,58
Dias de redução de actividade*	102	,00	28,00	8,52	7,58
Dias de absentismo ao trabalho*	102	,00	28,00	5,29	8,46

\* Quatro últimas semanas

O estado de saúde, medido através do RMQ obteve um resultado médio de  $10,76 \pm 6,02$ , sendo que os valores da medida podiam variar entre 0 e 24, correspondendo o zero a uma pessoa sem queixas e vinte e quatro a um doente com limitações muito graves. Em relação à auto-confiança no desempenho, que podia variar entre 0% (*nada confiante*) e 100% (*completamente confiante*), revelou uma confiança média de  $47,26 \pm 21,08$  na realização das actividades (Tabela 11).

**Tabela 11:** Estado de saúde (RMQ) e auto-confiança no desempenho (FACS)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
RMQ	102	1	22	10,76	6,02
FACS	102	10,00	96,00	47,26	21,08

### ***Fiabilidade***

No âmbito dos testes de fiabilidade, estudou-se a reprodutibilidade e a consistência interna da Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais.

A consistência interna da FACS foi analisada com os dados dos 102 participantes. O valor de *alfa de Cronbach* foi de 0,947.

Para o estudo da reprodutibilidade ou fiabilidade teste-reteste, a medida foi aplicada a uma sub-amostra de 51 sujeitos, pertencentes à amostra inicial. A aplicação do questionário foi repetida 2 dias após a primeira aplicação e os dados foram correlacionados através do coeficiente de correlação intraclass (CCI). Os valores de CCI estão reportados na tabela 12. O intervalo de confiança admitido foi de 95%.

**Tabela 12:** FACS – Reprodutibilidade (n=51)

Total e item/Item	CCI*
FACS	0,948 (0,910-0,970)
item 1	0,916 (0,857-0,952)
item 2	0,802 (0,676-0,883)
item 3	0,897 (0,820-0,941)
item 4	0,911 (0,850-0,948)
item 5	0,849 (0,749-0,911)
item 6	0,927 (0,873-0,958)
item 7	0,735 (0,578-0,839)
item 8	0,912 (0,843-0,950)
item 9	0,840 (0,735-0,906)
item 10	0,801 (0,671-0,882)
item 11	0,788 (0,657-0,873)
item 12	0,830 (0,712-0,900)
item 13	0,818 (0,702-0,892)
item 14	0,899 (0,830-0,941)
item 15	0,849 (0,749-0,912)

\*coeficiente de correlação intraclassa (limite inferior-limite superior)

Analisando cada item do questionário, podemos verificar-se que a grande maioria tem um nível muito bom de fiabilidade teste-reteste, apresentando valores acima de 0,75. Apenas o item 7, relativo *dormir confortavelmente*, apresenta um valor de ICC correspondente a uma reprodutibilidade satisfatória de 0,735.

### **Validade de construção**

A validade de construção foi verificada através da comparação dos resultados da *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* entre indivíduos com *dor sem irradiação* e com *dor com irradiação*, verificando-se que existem diferenças de resultados significativas ( $p < 0,001$ ). Quando se compara as pontuações entre os subgrupos com *dor aguda* e com *dor sub-aguda ou crónica*, as diferenças entre médias não são lidas como significativas (Tabelas 13 e 14).

**Tabela 13:** Auto-confiança no desempenho (FACS) vs localização da dor

	Localização da dor lombar	N	Média	Desvio padrão	p*
FACS	Dor sem irradiação	59	52,11	22,31	0,006
	Dor com irradiação	43	40,60	17,40	

\*Teste *t* de *studente***Tabela 14:** Auto-confiança no desempenho (FACS) vs caracterização da dor

	Caracterização da dor lombar	N	Média	Desvio padrão	p*
FACS	Aguda	28	40,83	19,21	0,058
	Sub-aguda ou crónica	74	49,69	21,36	

\*Teste *t* de *student*

Para a análise da validade de construção, as pontuações da Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais foram também relacionadas, com os registos da intensidade da dor, do grau de incapacidade, do incómodo com os sintomas nas costas e na perna, a interferência da dor no trabalho normal, a satisfação com os sintomas, os dias de redução de actividade e de absentismo ao trabalho. As medidas estatísticas utilizadas foram o coeficiente de relação de Pearson (*r*) e o de Spearman (*rho*), admitindo-se níveis de significância de 0,01 e 0,05.

Examinando cada variável por si (Tabela 15) podemos verificar que a correlação é moderada e inversa com a *intensidade da dor*, o *grau de incapacidade*, o *incómodo dos sintomas* e a *interferência da dor no trabalho* e baixa com a *satisfação com os sintomas* e os *dias de redução de actividades*. De notar que a correlação é directa com a *satisfação com os sintomas* e inversa com a *redução das actividades*. Apenas a variável *absentismo ao trabalho* exibe uma correlação, apesar de inversa, muito baixa.

**Tabela 15:** Auto-confiança no desempenho (FACS) vs intensidade da dor, grau de incapacidade, incómodo com os sintomas nas costas e na perna, interferência da dor no trabalho normal, satisfação com os sintomas e dias de redução de actividade e de absentismo ao trabalho (n=102)

		FACS
Intensidade da dor no momento	$r^{\dagger}$	-0,474**
Grau de incapacidade	$r^{\dagger}$	-0,465**
Incómodo com os sintomas (dor nas costas)	$\rho^{\ddagger}$	-0,513**
Incómodo com os sintomas (dor na perna)	$\rho^{\ddagger}$	-0,522**
Interferência da dor no trabalho normal	$\rho^{\ddagger}$	-0,560**
Satisfação com os sintomas	$\rho^{\ddagger}$	0,284**
Dias de redução de actividade	$r^{\dagger}$	-0,295**
Dias de absentismo ao trabalho	$r^{\dagger}$	-0,130**

$^{\dagger}$ Coeficiente de correlação de Pearson;  $^{\ddagger}$ Coeficiente de correlação de Spearman \* Nível de significância  $p < 0,05$  ; \*\* Nível de significância  $p < 0,01$

### **Validade de critério**

A validade de critério foi avaliada pelo estudo das associações entre os valores da versão portuguesa da FACS e os da versão portuguesa do RMQ, sendo a medida estatística utilizada o coeficiente de correlação de Pearson. A correlação revelou-se moderada, com um nível de significância de 0,01.

**Tabela 16:** Auto-confiança no desempenho (FACS) vs RMQ (n=102)

		FACS
RMQ	$r^{\dagger}$	-0,603**

$^{\dagger}$ Coeficiente de correlação de Pearson; \*\* Nível de significância  $p < 0,01$

## **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **4.1 A AMOSTRA**

A nossa amostra definitiva foi constituída por 102 indivíduos maioritariamente do sexo feminino (52%), com uma média de idades de 46,07 anos, com habilitações iguais ou inferiores ao ensino básico (67,5) e que desempenhavam uma actividade profissional (59,8%). Embora no estudo de William e Myers a amostra fosse em tamanho semelhante, apresenta algumas características diferentes do nosso estudo, nomeadamente em relação à distribuição por sexo e à média de idades <sup>(12)</sup>. No entanto, outros estudos que também pretendiam validar escalas funcionais de dor lombar a caracterização das amostras é muito similar <sup>(36) (37)</sup>.

### **4.2 A TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL**

A metodologia utilizada na tradução e adaptação cultural da FACS para a língua e cultura portuguesa, seguiu as recomendações da European Research Group on Health Outcomes (ERGHO) <sup>(27)</sup>, tendo sido acompanhada por um membro desta entidade através do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) <sup>(23)</sup>.

Os critérios metodológicos seguidos neste estudo são frequentemente referidos na literatura <sup>(38) (27) (39)</sup> para estudos de adaptação cultural e validação, o que permitiu garantir a qualidade da tradução obtida. Pela metodologia que adoptámos e pelos resultados que obtivemos, poderemos afirmar que a versão portuguesa da FACS é detentora de equivalência funcional, ou seja, que os itens desta versão traduzida têm significado idêntico aos da medida original, existindo congruência no significado dos conceitos entre as culturas envolvidas: Canadiana e Portuguesa.



No processo de adaptação cultural da FACS o painel de pessoas comuns foi efectuado com recurso a indivíduos com problemas lombares, já que o instrumento em causa pretende medir e avaliar esta condição específica e é auto-administrado.

Os participantes no painel consideraram que a medida não apresentava problemas quanto à sua clareza e que não existiam redundâncias, ausência de questões relevantes, ou quais quer problemas relativos à sua aceitabilidade. Assim sendo, os resultados sugerem que a versão portuguesa da FACS possui um nível aceitável de validade de conteúdo. A análise da distribuição dos resultados e da sua pontuação reforçam a afirmação anterior. De facto seria presumível que a maioria dos indivíduos que indicassem baixa confiança em *sentar-se em qualquer tipo de cadeira ou assento durante o tempo que quiser ou precisar* ou *ficar em pé o tempo que quiser ou precisar* por causa do seu problema lombar apresentassem, tal como sucedeu, níveis baixos de confiança no geral.

Como asseguram Meadows et al <sup>(27)</sup>, a tradução é a primeira etapa para a obtenção de uma versão inter-cultural de uma medida e a adaptação só é garantida através da verificação das equivalências de conteúdo e semântica. Para além disso, também têm de ser fiáveis.

#### **4.3 A FIABILIDADE E VALIDADE DA VERSÃO PORTUGUESA DA FACS**

No estudo original é referenciado um valor para a coerência interna de 0,96. Como poderemos verificar os valores por nós obtidos (*alfa de Cronbach*=0,947) são bastante semelhantes e, segundo Terwee, encontram-se dentro da amplitude de muito boa coerência interna <sup>(34)</sup>.

Em relação à reprodutibilidade teste-reteste, verificou-se um resultado de CCI elevado (0,948) para o score global da versão portuguesa, pois de acordo com os valores de referência apresentados na literatura, o resultado obtido é indicador de uma elevada reprodutibilidade <sup>(33)</sup>. Estes resultados são compatíveis com o estudo original de construção da FACS, onde o valor de CCI foi de 0,94.

Quando se efectuou a análise individual dos itens, a grande maioria apresentou valores de CCI muito bons, sendo apenas satisfatório para o item 7 (“*dormir confortavelmente?*”), o que sugere, de acordo com Ferreira e Marques <sup>(23)</sup>, que os quinze itens que o constituem apresentam níveis aceitáveis de fiabilidade. Ora, os resultados do nosso estudo, demonstram que, a versão portuguesa da FACS, apresenta valores aceitáveis de fiabilidade, quer no que diz respeito à sua coerência interna, quer no que se refere à sua reprodutibilidade.

A verificação da validade de construção teve início com a comparação dos resultados da *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* entre indivíduos com *dor sem irradiação* e com *dor com irradiação*, tendo-se verificado que existiam diferenças de resultados significativas e entre sujeitos com *dor aguda* e com *dor sub-aguda ou crónica*, onde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Se a dor é ou não irradiada, identifica a sua localização, mas não necessariamente a sua intensidade ou a sua tradução em termos de estado de saúde funcional. No entanto, dependendo da dimensão da área e expansão da irradiação da dor, podemos assumir que, estas podem traduzir-se num aumento da limitação funcional e numa consequente diminuição da confiança para a realização de uma actividade.

Os resultados não significativos quando comparamos sujeitos com *dor aguda* e com *dor sub-aguda ou crónica*, pode dever-se ao facto de ter um problema lombar agudo, sub-agudo ou crónico não ter uma relação linear com a função, a incapacidade, o bem-estar ou a confiança na realização de tarefas. O estudo inicial da FACS original foi realizado numa população de dor lombar aguda <sup>(7)</sup>, e, neste âmbito os resultados não podem ser comparados. Eventualmente, poderemos admitir que, mais que a duração da dor, importa o seu impacto na autoconfiança na realização de actividades. Por outro lado, o momento da aplicação do protocolo não foi igual para os diferentes indivíduos, podendo os resultados ter sido mais significativos se todos tivessem respondido no início do tratamento. Também há que ter em conta o período temporal entre a primeira e a segunda aplicação da FACS que foi de dois dias quer para os indivíduos com *dor aguda*, quer para com *dor sub-aguda ou crónica*. Provavelmente, o alargamento do período para os sujeitos com *dor sub-aguda ou crónica* resultaria em correlações mais elevadas, no entanto optámos pelos dois dias para uma maior proximidade ao estudo original.

Para o estudo da validade de construção da FACS, procedemos também ao exame das relações entre o obtido pela aplicação desta medida e o registado através do uso do *Questionário de 6 itens*, do *Questionário de Roland Morris sobre incapacidade*, e as *Escala Visual Analógica da dor e do grau de incapacidade*. Prevíamos que menores pontuações na medida em estudo, corresponderiam uma maior *intensidade da dor no momento* e maiores valores do *grau de incapacidade* e do *Questionário de Roland Morris*.

Como seria de esperar, as pontuações mais baixas da FACS, correspondiam a valores mais altos na *intensidade da dor no momento* e no *grau de incapacidade*. O valor de correlação encontrado entre a FACS e as *Escala Visual Analógica da dor e do grau de incapacidade* ( $r=0,474$  e  $r=0,465$ ) vai de acordo com o

registado em outros estudos que relacionam o nível da dor com medidas funcionais sobre lombalgia <sup>(37) (40) (36)</sup>.

A correlação encontrada entre a intensidade da dor e o seu impacto nas actividades do dia-a-dia é moderada, sugerindo que à distinção entre a intensidade do sintoma e a incapacidade que este gera. Beurskens et al <sup>(41)</sup> confirmam este facto afirmando que as correlações entre a dor e as medidas do estado de saúde funcional são frequentes mas, não têm que apresentar valores muito elevados.

Quanto às restantes correlações, e de acordo com o que havia sido previsto, a um maior *incómodo* e *insatisfação com os sintomas*, a uma maior *interferência da dor com o trabalho normal* e a um número superior de *dias de redução de actividade* e de *absentismo ao trabalho* equivalia uma menor pontuação da FACS.

A existência de relações de valor moderado da FACS com dois dos itens do questionário proposto por Deyo et al <sup>(42)</sup>, *incómodo com os sintomas* e a *interferência da dor no trabalho*, surge-nos como lógicas e previsíveis. Na realidade, o nível da dor está directamente relacionado com a confiança para realizar actividades do dia-a-dia. Por outro lado, a dor lombar interage de modo relevante com a função, seja no emprego ou no trabalho doméstico. Sendo a nossa amostra constituída, na sua grande maioria, por indivíduos activos (só 17,6% eram reformados ou estavam desempregados), estas relações teriam de acontecer. No entanto estas associações não poderiam ser muito elevadas, já que no *Questionário de 6 itens* as referências temporais são alusivas à *última semana* e na FACS ao *dia de hoje*.

As correlações da versão portuguesa da FACS com a *satisfação com os sintomas* e os *dias de redução de actividades* revelaram-se baixas. Porém a correlação é directa com a *satisfação com os sintomas* e inversa com a *redução das actividades*. O *absentismo ao*

*trabalho* apresentou uma correlação inversa como previsto, mas muito baixa.

Menor pontuação na *FACS* repercutiu-se numa menor *satisfação com os sintomas*. Esta associação parece-nos lógica e razoável. Todavia, poderiam ser espectáveis valores de associação mais elevados, mas note-se que a avaliação da capacidade funcional não é sobreponível com o sentimento de bem-estar, bem subjectivo e diferenciado entre indivíduos. Saliente-se, novamente, que temporalmente também não são compatíveis as avaliações: *hoje / passar o resto da vida com os sintomas*.

Quanto ao menor valor de correlação registado com o item *absentismo ao trabalho*, a explicação parece residir no facto da ausência do trabalho estar relacionada não só com as limitações de actividade geradas pelos problemas lombares, mas também com as restrições medicamente impostas de participação, que podem não ser reflectidas, quer por escalas da dor quer por índices de redução da actividade ou de absentismo ao trabalho. Dionne et al <sup>(43)</sup> concluem o seu trabalho afirmando a existência de uma relação apenas moderada do absentismo ao trabalho com a intensidade da dor.

Pelos resultados por nós obtidos e pelo que se acabou de escrever, podemos afirmar que a versão portuguesa da *FACS* é detentora de níveis aceitáveis de validade de construção.

A validade de critério da Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais foi avaliada através da análise da correlação com a versão portuguesa do RMQ, um questionário desenvolvido para a avaliação da incapacidade resultante da dor lombar que tem por base actividades da vida diária consideradas relevantes para esta condição. Este questionário foi escolhido por ter sido um dos questionários também usados por Williams e Myers <sup>(12)</sup> na validação da *FACS* original.

Esperava-se obter uma relação negativa entre os dois instrumentos, uma vez que as suas pontuações têm uma interpretação inversa; valores maiores obtidos pela aplicação do RMQ correspondem a menor confiança nas capacidades funcionais. Esta hipótese foi confirmada pelo estudo das associações entre os dois instrumentos, tendo-se verificado a existência de um valor de correlação ( $r=-0,603$ ) negativo e estatisticamente significativo entre a versão portuguesa da FACS e a do RMQ.

A associação referida anteriormente é suportada pelo estudo de Williams e Myers que encontraram valores correlação também inversos entre a FACS e RMQ de  $r=-0,43$  para a *baseline* e de  $r=-0,68$  para o *follow-up*. Como os padrões de correlação entre a versão portuguesa da FACS e o RMQ são os esperados e similares aos obtidos no estudo original, os nossos resultados sugerem que a nossa versão possui bons valores de validade de critério.

Contudo, este estudo apresenta algumas limitações, principalmente por não ter sido possível, por motivos temporais e de serviços, medir o poder de resposta ou sensibilidade à mudança da versão portuguesa da FACS.

O facto de não existir uma medida de critério que possa efectivamente ser considerada “standard” para a avaliação de instrumentos como a FACS também constitui um factor limitativo neste estudo. Surgem ainda outras restrições intrínsecas à falta de estudos sobre a FACS.

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos e sua análise, permitem afirmar que a *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* é semanticamente equivalente à medida original, é detentora de bons níveis de fiabilidade, quer a no que se refere à coerência interna quer quanto à fiabilidade teste-reteste e exibem níveis aceitáveis de validade de conteúdo, de construção e de critério. Para além disso, esta escala foi caracterizada como fácil e rápida de compreender, aplicar e preencher e útil na avaliação de problemas lombares, sendo por isso recomendo o seu uso tanto na prática clínica como na investigação.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Krismer M. Low back pain (non-specific). Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2007;21:77 - 91.
2. Tulder M BA, Bekkering T, Breen A, Real MTG, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J. 2006;15:S169–S91.
3. Goubert L, Crombez G, Bourdeaudhuij ID. Low back pain, disability and back pain myths in a community sample: prevalence and interrelationships. European Journal of Pain. 2004;8:385–94.
4. Fritz JM, George SZ, Delitto A. The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain\_relationships with current and future disability and work status. PAIN. 2001;94:7 -15.
5. Council NHAMR. Evidence-Based Management Of Pain Acute Musculoskeletal. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. 2003:25 - 62.
6. Riihimäki H. Low-back pain, its origin and risk indicators. Scand J Work Environ Health. 1991;17(2):81-90.
7. Williams RM, Schmuck G, Allwood S, Sanchez M, Shea R, Wark G. Psychometric Evaluation of Health-Related Work Outcome Measures For Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. J Occup Rehabil. 2007;17:504–21.
8. Direcção-Geral da Saúde - Divisão das Doenças Genéticas CeG. Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. Circular Normativa - Administrações Regionais de Saúde e Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde. 2004;12/DGCG:19 - 24.
9. Cruz M, Matos AA, Branco JC. A Metrologia no Estudo das Lombalgias. Acta Reum Port. 2003;28:158 - 64.



10. Macdermid JC, Walton DM, Avery S, Blanchard A, Etruw E, Mcalpine C, et al. Measurement Properties of the Neck Disability Index: A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2009;39.
11. Jette D, Halbert J, Iverson C, Miceli E, Shah P. Use of Standardized Outcome Measures in Physical Therapist Practice: Perceptions and Applications. *Physical Therapy*. 2009;89:125-35.
12. Williams RM, Myers AM. Functional Abilities Confidence Scale: A Clinical Measure for Injured Workers With Acute Low Back Pain. *Physical Therapy*. 1998;78:625 - 34.
13. Standiford C, Green L, Harrison V. Acute Low Back Pain. University of Michigan Health System Guidelines for Clinical Care. 2005.
14. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003;81:646 - 56.
15. Care NCCfP. Low back pain Early management of persistent non-specific low back pain. Nacional Institute for Health and Clinic Excellence. 2009;88.
16. Hills EC. Mechanical Low Back Pain. *Medscape Reference*. 2011.
17. York TUo. Acute and chronic low back pain. *Effective Health Care*. 2000.
18. Koes B W TMW, Thomas S Diagnosis and treatment of low back pain. *BJM*. 2006;332:1430–4

19. Croft Peter R MGJ, Papageorgiou Ann C, Thomas Elaine, Silman Alan J Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BJM*. 1998;316:1356-9.
20. Young BA, Walker MJ, Strunce JB, Boyles RE, Whitman JM, Childs JD. Responsiveness of the Neck Disability Index in patients with mechanical neck disorders. *The Spine Journal*. 2009;9:802–8.
21. Gay RE, Madson TJ, Cieslak KR. Comparison of the Neck Disability Index and the Neck Bournemouth Questionnaire in a Sample of Patients with Chronic Uncomplicated Neck Pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2007;30:259 - 62.
22. McCarthy MJH, Grevitt MP, Silcocks P, Hobbs G. The reliability of the Vernon and Mior neck disability index, and its validity compared with the short form-36 health survey questionnaire. *Eur Spine J*. 2007;16:2111–7.
23. Ferreira PL, Marques FB. Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. 1998;Documento de Trabalho 1.
24. André Santos NR, Pedro Estêvão, António F Lopes, José Pascoalinho. Instrumentos de Medida Úteis no Contexto da Avaliação em Fisioterapia. *Revista ESSA*. 2005;1:131-56.
25. Davidson M, Keating JL. A Comparison of Five Low Back Disability Questionnaires: Reliability and Responsiveness. *Physical Therapy*. January 2002;82.
26. Hamzat T, Agbomeji O, Peters G. Relationship between Functional Abilities Confidence Level and Performance of Motor Function after Stroke. *Journal of the Nigeria Society of Physiotherapy*. 2009;VOL. 17:7-10.

27. Meadows K, Bentzen N, Touw-Otten F. Cross-cultural issues: an outline of the important principles in establishing cross-cultural validity in health outcome assessment. In: Hutchinson, A., Bentzen, N., Konig-Zahn, C.. Cross Cultural Health Outcome Assessment a user's guide, Ruiner NL:. E R G H O. 1997:34-40.
28. Roland M, Morris R. A study of the natural history of back pain Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. Spine. 1983;8:141-4.
29. Monteiro J, Faísca L, Nunes O, Hipólito J. Questionário de Incapacidade de Roland Morris Adaptação e Validação para os Doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia. Acta Med Port. 2010;23:761-6.
30. Roland M, Morris R. A Study of the Natural History of Back Pain, Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain,. Spine. 1983;8:141-4.
31. Gil JAN. Efectividade dos cuidados de fisioterapia em doentes ambulatoriais com problemas lombares não específicos. 2006(Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Doutor no Ramo de Motricidade Humana na especialidade de Fisioterapia).
32. Direcção-Geral da Saúde - Divisão das Doenças Genéticas CeG. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa - Administrações Regionais de Saúde e Serviços Prestadores de Cuidados de Saúde. 2003.
33. SAC MOT. Assessing health status and quality-of-life instruments: Attributes and review criteria. Qual Life Res. 2002;11:193–205.

34. Terwee CB BS, de Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007;60(1):34–42.
35. Pestana MH GJ. *Análise De Dados Para Ciências Sociais—A Complementaridade Do SPSS*. 3a edição Lisboa: Silabo editora. 2005.
36. Bjorklund M, Hamberg J, Heiden M, Barnekow-Bergkvist M. The assessment of symptoms and functional limitations in low back pain patients: validity and reliability of a new questionnaire. *Eur Spine J*. 2007;16:1799-811.
37. George SZ, Valencia C, Zeppieri G, Robinson ME. Development of a Self-Report Measure of Fearful Activities for Patients With Low Back Pain: The Fear of Daily Activities Questionnaire. *PHYS THER*. 2009;89:969-79.
38. Hunt SM. Cross-Cultural Issues in the use of Socio-Medical Indicators. *Health Policy*. 1986;6:149-58.
39. Hunt S, McKenna S, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Profile: subjective health status and medical consultations. *Soc Sci Med*. 1981;15:221-9.
40. Fritz JM, George SZ. Identifying Psychosocial Variables in Patients With Acute Work-Related Low Back Pain: The Importance of Fear-Avoidance Beliefs. *PHYS THER*. 2002;82:973-83.
41. Beurskens AJ, Vet HCd, Koke AJ, Heijden GJvd, Knipschild PG. Measuring the Functional Status of Patients with Low Back Pain - Assessment of Quality of Four Disease-Specific Questionnaires. *Spine*. 1995;20(9):1017-28.
42. Deyo RA, Battie M, Beurskens AJ, Bombardier C, Croft P, Koes B, et al. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. *Spine*. 1998;15.

43. Dionne CE, Korff MV, Koepsell TD, Deyo RA, W.E.Barlow, Checkoway H. A Comparison of Pain, Functional Limitations, and Work Status Indices as Outcome Measures in Back Pain Research. *Spine*. 1999;24(22):2339-45.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1 - Relatório do Painel para Análise de Equivalência  
Semântica (1ª Versão de Consenso)**

Processo de validação e adaptação cultural da  
Functional Abilities Confidence Scale  
Painel para análise de equivalência semântica

Relatório

Lília Almeida

Coimbra, 19 de Janeiro de 2011



## **Introdução**

Serve o presente relatório para descrever a reunião efectuada na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, em 16 de Dezembro de 2010, com o objectivo de analisar a equivalência de significado dos itens traduzidos da *Functional Abilities Confidence Scale*.<sup>1</sup>

A adaptação cultural e linguística deste instrumento de medição, que ora se inicia, tem em vista o seu uso futuro no trabalho sobre *Adaptação e validação cultural da Functional Abilities Confidence Scale*, estudo a realizar no âmbito do mestrado em Ciências da Fisioterapia, por Lília Almeida.

## **Descrição das actividades**

Em 16 de Dezembro de 2010, após tradução da *Functional Abilities Confidence Scale* realizada por dois tradutores bilingues, efectuou-se, nas instalações da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, um painel com os seguintes objectivos:

análise da qualidade das traduções, da *Functional Abilities Confidence Scale*, no que respeita a clareza, linguagem coloquial e tradução literal;  
análise da equivalência de significado dos itens traduzidos;  
obtenção de consenso sobre a tradução do referido instrumento de medição.

---

<sup>1</sup> Williams RM e Myers AM. Functional Abilities Confidence Scale: A Clinical Measure for Injured Workers With Acute Low Back Pain. *Physical Therapy*, 1998; 78 (6): 624-34.

Estiveram presentes o Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, que coordenou e os Prof. Doutores João António Neves Gil e Luís Manuel da Silva Cavalheiro, investigadores de Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

O painel teve início às 14:30 horas e terminou às 16:30 horas.

Da análise das equivalências de significado da tradução da *Functional Abilities Confidence Scale* resultaram os consensos que a seguir se descrevem.

\*Título:

**"Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais"** como equivalente semântico de **"Functional Abilities Confidence Scale"**

\*Instruções, 1ª linha:

**"Gostaríamos de saber até que ponto se sente confiante de que é capaz de realizar certas actividades hoje"** como equivalente semântico de **"We would like to know how confident you are that you can do things today."**

\*Instruções, 2ª linha:

**"...consegue realizar..."** como equivalente semântico de **"...you are able...."**

\*Instruções, 3ª e 4ª linha:

**“...o seu nível de confiança na realização da actividade...”** como equivalente semântico de **“...your current level of confidence that you could perform the activity..”**

\*Item 1 a 15 frase introdutória:

**“Até que ponto se sente confiante de que é capaz de...”** como equivalente semântico de **“How confident are you that you can...”**

Uma vez que a frase se repete em todos os itens, decidiu-se destacá-la no início da escala, deixando em cada um dos itens apenas a referência às actividades neles constantes.

\*Item 8:

**“Alcançar acima da sua cabeça?”** como equivalente semântico de **“Reach above your head?”**

\*Item 9:

**“Dobrar-se e voltar à posição de pé?”** como equivalente semântico de **“Bend down and return to a standing position?”**

\*Item 10:

**“Ajoelhar-se e voltar à posição de pé?”** como equivalente semântico de **“kneel down and return to a standing position?”**

\*Item 11:

**“Carregar uma caixa pequena?”** como equivalente semântico de **“carry a small box?”**

\*Item 12:

**“Carregar uma caixa grande?”** como equivalente semântico de **“carry a large box?”**

\*Item 13:

**“Levantar uma caixa de uma mesa?”** como equivalente semântico de **“lift a box from a table?”**

\*Item 14:

**“Levantar uma caixa do chão?”** como equivalente semântico de **“lift a box from the floor?”**

Terminada a análise de equivalências de significado da tradução da *Functional Abilities Confidence Scale*, ficou estabelecido, que Lília Almeida prepararia o “layout” de ambos os questionários.

## **Conclusões**

Descreveram-se neste relatório os principais problemas na análise das equivalências de significado da tradução da *Functional Abilities Confidence Scale*, bem como os consensos gerados, para obtenção das versões de reconciliação.

**APÊNDICE 2 - Relatório 2 do Painel para Análise de  
Equivalência Semântica (2ª Versão de Consenso)**

Processo de validação e adaptação cultural da  
Functional Abilities Confidence Scale  
Painel para análise de equivalência semântica

Relatório 2

Lília Almeida

Coimbra, 12 de Maio de 2011

## **Introdução**

Serve o presente relatório para descrever a reunião efectuada na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, em 12 de Maio de 2011, com o objectivo de analisar a equivalência de significado dos itens traduzidos da *Functional Abilities Confidence Scale*.<sup>2</sup>

A adaptação cultural e linguística deste instrumento de medição, tem em vista a seu uso futuro no trabalho sobre *Adaptação e validação cultural da Functional Abilities Confidence Scale (FACS)*, estudo a realizar no âmbito do mestrado em Ciências da Fisioterapia, por Lília Almeida.

## **Descrição das actividades**

Em 16 de Dezembro de 2010 realizou-se um 1º painel para construção da 1ª versão de consenso da FACS. Em 12 de Maio de 2011, após retroversão da *versão de consenso 1* realizada por tradutor bilingue, efectuou-se, nas instalações da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, um painel com os seguintes objectivos:

análise da qualidade das traduções, da *Functional Abilities Confidence Scale*, no que respeita a clareza, linguagem coloquial e tradução literal;  
análise da equivalência de significado dos itens traduzidos;

---

<sup>2</sup> Williams RM e Myers AM. Functional Abilities Confidence Scale: A Clinical Measure for Injured Workers With Acute Low Back Pain. *Physical Therapy*, 1998; 78 (6): 624-34.

obtenção de consenso sobre a tradução do referidos instrumento de medição.

Estiveram presentes o Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, que coordenou e os Prof. Doutores João António Neves Gil Luís Manuel da Silva Cavalheiro e Rui Soles Gonçalves, investigadores de Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

O painel teve início às 10:00 horas e terminou às 11:30 horas. Foram confrontadas a versões original, de consenso 1 e a sua retroversão.

Da análise das equivalências de significado da tradução da *Functional Abilities Confidence Scale* resultaram os consensos que a seguir se descrevem.

\*Instruções, 2ª linha:

**“...é capaz de realizar...”** como equivalente semântico de **“...you are able to do....”**

Embora a opção resultante do 1º painel tivesse sido **“...consegue realizar...”** a aceitação desta alteração surge como mais indicada, até porque esse tinha sido também o equivalente encontrado para a frase introdutória de cada um dos 15 itens que compõem a escala: *Até que ponto se sente confiante de que é capaz de.....*

\*Item 13 e 14:



Na retroversão “**Pick up a box...**” foi a tradução para “Levantar uma caixa...”

Todavia na versão original a acção é claramente definida com levantar (*lift*) e não *pegar* (*pick up*)

Assim sendo, foi nestes itens mantida a redacção *Levantar uma caixa* como equivalente semântico *de lift a box*.

Terminada a análise de equivalências de significado da tradução da *Functional Abilities Confidence Scale*, ficou estabelecido, que Lília Almeida prepararia o “layout” da versão de consenso 2.

## **Conclusões**

Descreveram-se neste relatório os principais problemas na análise das equivalências de significado da tradução da *Functional Abilities Confidence Scale*, bem como os consensos gerados, para obtenção das versões de reconciliação.

**APÊNDICE 3 - FORMULÁRIO DO TESTE DE COMPREENSÃO –  
PRÉ-TESTE**

**FORMULÁRIO DO TESTE DE COMPREENSÃO – PRÉ-TESTE**

## TESTE DE COMPREENSÃO - INSTRUÇÕES

O teste de compreensão pretende avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e o ajuste das palavras utilizadas.

De uma maneira mais específica o seu objectivo é:

- Identificar perguntas problemáticas;
- Determinar as razões subjacentes;
- Registar as soluções propostas para uma melhor formulação.

A estrutura inicial do questionário não deve ser alterada (número de itens, opções de resposta ...). Qualquer alteração apenas se deve cingir à formulação das frases.

A entrevista deve ser conduzida da seguinte maneira:

1. Fornecer o questionário à pessoa e pedir-lhe para o preencher. Lembrar-lhe que não estamos interessados nas suas respostas, mas apenas na formulação das perguntas.
2. Opinião geral: Perguntar à pessoa quais as suas opiniões gerais sobre o questionário:
  - a. É, no geral, claro, fácil de compreender, fácil de responder?
  - b. É longo?
  - c. Está adaptado à situação da pessoa?
  - d. As instruções são claras?
3. Perguntas específicas: Percorra todo o questionário, pergunta a pergunta e verificar se ...
  - a. a pergunta é difícil de compreender ou de responder: Se sim, porquê?

- b. o conceito subjacente está correctamente interpretado, isto é, não existe formulação ambígua que possa causar mais do que uma interpretação possível; a linguagem usada deve facilmente ser compreensível e coloquial.
- c. a pessoa faria a pergunta de uma outra maneira.
- d. as opções de resposta são claras e coerentes com a pergunta. A intenção do teste de compreensão é produzir uma versão do questionário que seja clara e aceitável para todas as pessoas que o irão utilizar.

Os comentários das pessoas inquiridas devem ser registados no Formulário do Teste de Compreensão e, em princípio, deve ser usado um formulário por pessoa.

Logo que terminadas as entrevistas devem ser compilados os comentários das pessoas e deve ser preenchida a folha de resumo.

## FORMULÁRIO TESTE DE COMPREENSÃO

### FUNCTIONAL ABILITIES CONFIDENCE SCALE (FACS)

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo: | Mas | Fem

Profissão

---

Habilitações literárias:

---

Data da entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de início da entrevista \_\_\_\_\_(horas e minutos)

Tempo de preenchimento \_\_\_\_\_ (minutos)

#### Opinião Geral

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### **Instruções**

Sentiu dificuldades em compreender as instruções?

---

---

---

---

Encontrou algumas palavras que não tenha entendido perfeitamente?

---

---

---

---

Acha que as instruções deveriam ter sido escritas de outro modo? Como?

---

---

---

---

Acha que falta alguma coisa às instruções?

---

---

---

---



<b>Pergunta 1</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 2</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro	

modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 3</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 4</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	

É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 5</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 6</b>	
Sentiu dificuldades em compreender	

esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 7</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

--	--

<b>Pergunta 8</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 9</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro	

modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 10</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 11</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	

É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 12</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 13</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	

O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

<b>Pergunta 14</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	



<b>Pergunta 15</b>	
Sentiu dificuldades em compreender esta pergunta?	
O que significa para si? Como a interpreta?	
É relevante para a sua situação? Faz sentido?	
Teria escrito esta pergunta de outro modo?	
As opções de resposta estão coerentes com a pergunta?	

**APÊNDICE 4 - Relatório do Painel para Análise de Equivalência de  
Conteúdo - Versão 3 (Versão pré-final)**

Processo de validação e adaptação cultural do  
Functional Abilities Confidence Scale  
Painel para análise de equivalência de conteúdo

Relatório

Lília Almeida

## **Introdução**

O presente relatório visa descrever os resultados de um conjunto entrevistas efectuadas entre os dias 12 e 31 de Agosto de 2011, com o intuito de avaliar a clareza, a compreensão, a relevância cultural e a adequação das palavras utilizadas nas versões traduzidas da *Functional Abilities Confidence Scale* (1998) (1).

## **Descrição das actividades**

Em 12 de Maio de 2011, após tradução da *Functional Abilities Confidence Scale*, realizada por tradutoras bilingues, efectuou-se, nas instalações da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, um painel para análise de equivalência semântica do referido instrumento de medição. O objectivo final foi o de obter a versão de reconciliação da *Functional Abilities Confidence Scale*. Na sequência deste processo realizaram-se, entre os dias 12 e 31 de Agosto de 2011, doze entrevistas a indivíduos com problemas lombares não específicos com os seguintes objectivos:

- analisar a redacção das notas introdutórias e/ou explicativas das perguntas constantes da *Functional Abilities Confidence Scale*, quanto à sua clareza, correcção e grau de compreensão;
- analisar a existência (ou inexistência) de perguntas que possam ser consideradas irrelevantes;
- analisar a existência ou inexistência de perguntas que possam ser considerados redundantes;
- analisar a ausência de perguntas que possam ser consideradas relevantes;

analisar, em termos genéricos, a aceitabilidade e compreensibilidade do instrumento de medição em causa.

As entrevistas individuais, decorreram no *CAL- Clínica*, em São Miguel, onde os doze entrevistados efectuavam tratamento ambulatorio de fisioterapia.

Como mostra o quadro seguinte, a idade dos participantes variou entre 16 e 78 anos, para uma média de 44,75anos.

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
12	16	78	44.75	16.788

**Quadro 1: Idade**

Foram entrevistados três homens e nove mulheres (5) e, no seu conjunto 8,3% sofriam de contractura paravertebral lombar e outros 8,3% escoliose postural lombar. A maior percentagem, de 33,3%, correspondia a hérnia discal e lombalgia mecânica de esforço, tendo a lombociatalgia à esquerda um valor de 16,7%. Da totalidade dos participantes apenas uma era doméstica, sendo dispare as restantes profissões referenciadas (Q2).

variável	N	%
sexo	N	%
masculino	3	25.0
feminino	9	75.0
total	12	100.0
problema lombar		
contractura paravertebral lombar	1	8.3
escoliose postural lombar	1	8.3
hérnia discal	4	33.3
lombalgia mecânica de esforço	4	33.3
lombociatalgia à direita	2	16.7

total	12	100.0
<hr/>		
profissão		
administrativo	1	8,3
ajudante de reabilitação	1	8,3
assistente de consultório	2	16,7
auxiliar de fisioterapia	1	8,3
doméstica	1	8,3
estudante	1	8,3
fisioterapeuta	1	8,3
governanta	1	8,3
professora de música	1	8,3
professora universitária	1	8,3
vendedor de peças e serviços	1	8,3
total	12	100,0

**Quadro 2: Sexo, classificação do problema lombar e profissão**

Cada entrevista, iniciou-se com uma breve explicação do trabalho a desenvolver e da sua justificação. Posteriormente, foi pedido que se preenchesse o *Functional Abilities Confidence Scale*. Relembrou-se, entretanto, que o interesse não residia nas respostas, mas sim na formulação das perguntas.

A duração média destas entrevistas foi de 11,58 minutos, para um mínimo de 7 e um máximo de 16 minutos (Q3).

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
---	--------	--------	-------	---------------

12	7.00	16.00	11.58	2.785
----	------	-------	-------	-------

**Quadro 3: Duração das entrevistas**

### **A Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais**

A média do tempo de preenchimento da *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* foi de 3.54 minutos, para um mínimo de 2 minutos e um máximo de 5.30 minutos (Q5).

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
12	3.00	6	4.17	1.115

**Quadro 5: Tempo de preenchimento da Escala de Confiança das Capacidades Funcionais**

Na opinião dos doze respondentes a *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais* é, no geral, claro, fácil de compreender, fácil de responder, curto e adequado para indivíduos que sofrem de lombalgia e/ou lombociatalgia. Não foram também identificados quaisquer problemas quanto às instruções, ou seja, não houve dificuldade em as compreender, entendeu-se que nelas nada faltava e, em consonância, nenhuma alteração foi proposta quanto ao modo de as redigir.

Somente na questão 8, dois dos participantes sugeriram, que a redacção da pergunta fosse *Alcançar um objecto acima da sua cabeça?* e não apenas .... *Alcançar acima da sua cabeça?*

Porque na medida original o autor só faz referência à tarefa *alcançar* sem implicar um objecto, foi decidido manter a redacção original.

Por não serem referenciadas quaisquer outras dificuldades, relativamente à análise de conteúdo dos itens traduzidos do *Questionário de 6 Itens* e do *Questionário de Roland e Morris sobre Incapacidade*, foram preparadas as versões pré-finais que se juntam em anexo.

### **Conclusão**

Este relatório apresenta as actividades desenvolvidas na análise de conteúdo do *Escala de Confiança nas Capacidades Funcionais*, reflectindo os maiores problemas encontrados, bem como as soluções propostas pelos diversos intervenientes.



**APÊNDICE 5 - A Escala de Confiança nas Capacidades  
Funcionais - Versão Final**

## ESCALA DE CONFIANÇA NAS CAPACIDADES FUNCIONAIS

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Instruções: Gostaríamos de saber até que ponto se sente confiante de que é capaz de realizar certas actividades hoje. Usando a escala de 0% a 100%, se sentir que não se consegue sentar por qualquer período de tempo (item nº 1), pontue este item com 0%. Se se sentir completamente confiante de que é capaz realizar essa actividade, pontue este item com 100%. Faça um círculo à volta do número da escala que melhor descreve o seu nível de confiança na realização da actividade, em várias situações, independentemente da dor ou do desconforto sentidos.

Até que ponto se sente confiante de que é capaz de:	Nada confiante										Completamente confiante	
1. Sentar-se em qualquer tipo de cadeira ou assento durante o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
2. Ficar em pé o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
3. Andar o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
4. Subir e descer escadas?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
5. Sentar-se e levantar-se de um sofá ou de uma cadeira?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
6. Entrar e sair de um carro ou de um autocarro?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
7. Dormir confortavelmente?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
8. Alcançar acima da sua cabeça?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
9. Dobrar-se e voltar à posição de pé?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
10. Ajoelhar-se e voltar à posição de pé?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
11. Carregar uma caixa pequena?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
12. Carregar uma caixa grande?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
13. Levantar uma caixa de uma mesa?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
14. Levantar uma caixa do chão?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
15. Empurrar ou puxar um objecto?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

## **APÊNDICE 6 - Protocolo Entregue nos Serviços de Fisioterapia**

Nome do doente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Código da Instituição: \_\_\_\_\_

N.º processo do doente: \_\_\_\_\_

1. Localização da dor

☐<sub>1</sub> Dor apenas na região lombar

☐<sub>2</sub> Dor na região lombar com dor irradiada para a coxa até ao joelho

☐<sub>3</sub> Dor na região lombar com dor irradiada para a perna abaixo do joelho

☐<sub>4</sub> Dor na região lombar com dor irradiada para a perna abaixo do joelho e SLR positivo

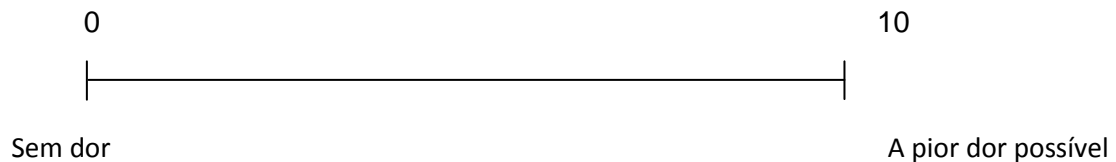
2. Caracterização da dor

☐<sub>1</sub> Há menos de seis semanas

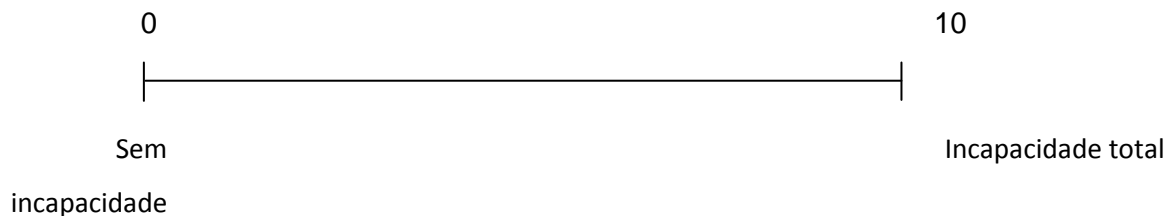
☐<sub>2</sub> Entre seis e doze semanas

☐<sub>3</sub> Há mais de doze semanas

3. Intensidade da(s) dor(es) sentida(s) nas costas ou na perna (ciática) hoje. Por favor, quantifique a intensidade da dor, pedindo ao doente que a assinale com um risco vertical na escala visual analógica que se segue.



4. Grau de incapacidade sentido por causa da(s) dor(es) nas costas ou na perna (ciática), hoje. Por favor, quantifique o grau de incapacidade pedindo ao doente que o assinale com um risco vertical na escala visual analógica que se segue.



Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O FISIOTERAPEUTA

A PREENCHER PELO DOENTE (1ª APLICAÇÃO)

Código da Instituição: \_\_\_\_\_

N.º processo: \_\_\_\_\_

# **DOR LOMBAR E FUNCIONALIDADE**

## **ACERCA DESTE QUESTIONÁRIO**

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

**OBRIGADO PELO SEU TEMPO E AJUDA**

## Secção I: CONFIANÇA NAS CAPACIDADES FUNCIONAIS

### Instruções:

Gostaríamos de saber até que ponto se sente confiante de que é capaz de realizar certas actividades hoje. Usando a escala de 0% a 100%, se sentir que não se consegue sentar por qualquer período de tempo (item nº 1), pontue este item com 0%. Se se sentir completamente confiante de que é capaz realizar essa actividade, pontue este item com 100%. Faça um círculo à volta do número da escala que melhor descreve o seu nível de confiança na realização da actividade, em várias situações, independentemente da dor ou do desconforto sentidos.

Até que ponto se sente confiante de que é capaz de:	Nada confiante										Completamente confiante	
1. Sentar-se em qualquer tipo de cadeira ou assento durante o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
2. Ficar em pé o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
3. Andar o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
4. Subir e descer escadas?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
5. Sentar-se e levantar-se de um sofá ou de uma cadeira?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
6. Entrar e sair de um carro ou de um autocarro?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
7. Dormir confortavelmente?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
8. Alcançar acima da sua cabeça?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
9. Dobrar-se e voltar à posição de pé?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
10. Ajoelhar-se e voltar à posição de pé?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
11. Carregar uma caixa pequena?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
12. Carregar uma caixa grande?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
13. Levantar uma caixa de uma mesa?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
14. Levantar uma caixa do chão?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
15. Empurrar ou puxar um objecto?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

**Secção II:** As questões que se seguem estão relacionadas com as dores nas costas e/ou na perna (ciática). Por favor, leia com atenção cada pergunta e dê-nos a resposta que mais se adequa à sua situação

**16.** Durante a última semana, até que ponto foram incomodativos os seguintes sintomas? (assinale com um círculo um número **em cada alínea**)

	Nada incomodativos	Ligeiramente incomodativos	Moderadamente incomodativos	Muito incomodativos	Muitíssimo incomodativos
a) lombalgia (dor nas costas)	1	2	3	4	5
b) dor na perna (ciática)	1	2	3	4	5

**17.** Durante a última semana, até que ponto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

☐ Nada

☐ Um pouco

☐ Moderadamente

☐ Bastante

☐ Muitíssimo

**18.** Se tivesse que passar o resto da sua vida com os sintomas que tem agora, como se sentiria?

☐ Muito  
insatisfeito/a

☐ Um pouco  
insatisfeito/a

☐ Nem satisfeito/a  
nem insatisfeito/a

☐ Um pouco  
satisfeito/a

☐ Muito  
satisfeito/a

**19.** Durante as últimas quatro semanas, **quantos dias** reduziu, pelo menos a metade, aquilo que normalmente faz por ter dor nas costas ou na perna (ciática)? \_\_\_\_\_ dias

**20.** Durante as últimas quatro semanas, **quantos dias** teve que faltar ao trabalho ou à escola por causa da lombalgia ou da dor na perna (ciática)? \_\_\_\_\_ dias



**Secção II (continuação):** Quando lhe doem as costas, pode ter dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as suas dores de costas. Quando as ler, pode achar que algumas sobressaem porque se aplicam a si hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que se aplica a si hoje, assinale-a. Se a frase não se aplicar a si, então deixe em branco e passe à seguinte. Lembre-se que só deve assinalar se tiver a certeza que a frase se aplica a si hoje.

**Por causa das minhas dores nas costas ou na perna (ciática) hoje:**

21. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas. .... ☐
22. Mudo frequentemente de posição para pôr as costas numa posição confortável.. .... ☐
23. Ando mais devagar do que é costume por causa das minhas costas... .... ☐
24. Por causa das minhas costas não consigo fazer nenhum dos trabalhos que costumo fazer em casa..... ☐
25. Por causa das minhas costas, apoio-me no corrimão para subir escadas.... .... ☐
26. Por causa das minhas costas, deito-me mais frequentemente para descansar.... .... ☐
27. Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em qualquer coisa para me levantar dum sofá.... .... ☐
28. Por causa das minhas costas, tento que os outros que me façam as coisas..... .... ☐
29. Visto-me mais devagar do que é costume por causa das minhas costas..... .... ☐
30. Só consigo estar de pé pouco tempo por causa das minhas costas..... .... ☐
31. Por causa das minhas costas, tento não me dobrar ou ajoelhar..... .... ☐
32. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa das minhas costas..... ☐
33. Estou quase sempre com dores nas costas..... ☐
34. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas..... ☐
35. Não tenho muito apetite por causa das dores nas costas..... ☐
36. Tenho dificuldade em calçar as meias (ou collants) por causa das dores nas costas..... ☐
37. Só consigo andar pequenas distâncias por causa das dores nas costas..... ☐
38. Durmo menos bem por causa das minhas costas..... ☐
39. Por causa das dores nas costas, preciso de ajuda para me vestir..... ☐
40. Estou quase todo o dia sentado/a por causa das minhas costas..... ☐
41. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas..... ☐
42. Por causa das dores nas costas, ando mais irritado/a e mal-humorado/a com as pessoas  
do que é costume..... ☐
43. Por causa das minhas costas, subo escadas mais devagar do que é costume..... ☐
44. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas..... ☐

**Secção III: Por fim, gostaríamos de saber alguns dados a seu respeito**

45. Qual é o seu sexo?

☐1 *Feminino*

☐2 *Masculino*

46. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

47. Qual a sua profissão (se estiver **desempregado/a** ou **reformado/a**, escreva a sua última profissão): \_\_\_\_\_

48. Qual a sua situação profissional?

☐1 *Trabalhador por conta de outrem*

☐2 *Trabalhador familiar não remunerado*

☐3 *Patrão*

☐4 *Trabalhador por conta própria*

☐5 *Desempregado*

☐6 *Estudante*

☐7 *Doméstico/a*

☐8 *Reformado/a*

☐9 *Outra condição não especificada. Qual?* \_\_\_\_\_

49. Quais as suas habilitações literárias?

☐1 *Não sabe ler nem escrever*

☐2 *Sabe ler e escrever*

☐3 *Ensino Básico (9º ano de escolaridade)*

☐4 *Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)*

☐5 *Ensino Superior (Politécnico e/ou Universitário)*

50. Qual a sua situação familiar?

☐1 *Casado/a com registo*

☐2 *Casado/a sem registo*

☐3 *Solteiro/a*

☐4 *Viúvo/a*

☐5 *Divorciado/a*

☐6 *Separado/a*

***Agradecemos a sua colaboração  
e o tempo que nos concedeu ao preencher este questionário***

Código da Instituição: \_\_\_\_\_

N.º processo: \_\_\_\_\_

# **DOR LOMBAR E FNCIONALIDADE**

CONFIDENCIAL

## CONFIANÇA NAS CAPACIDADES FUNCIONAIS

### Instruções:

Gostaríamos de saber até que ponto se sente confiante de que é capaz de realizar certas actividades hoje. Usando a escala de 0% a 100%, se sentir que não se consegue sentar por qualquer período de tempo (item nº 1), pontue este item com 0%. Se se sentir completamente confiante de que é capaz realizar essa actividade, pontue este item com 100%. Faça um círculo à volta do número da escala que melhor descreve o seu nível de confiança na realização da actividade, em várias situações, independentemente da dor ou do desconforto sentidos.

Até que ponto se sente confiante de que é capaz de:	Nada confiante										Completamente confiante	
1. Sentar-se em qualquer tipo de cadeira ou assento durante o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
2. Ficar em pé o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
3. Andar o tempo que quiser ou precisar?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
4. Subir e descer escadas?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
5. Sentar-se e levantar-se de um sofá ou de uma cadeira?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
6. Entrar e sair de um carro ou de um autocarro?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
7. Dormir confortavelmente?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
8. Alcançar acima da sua cabeça?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
9. Dobrar-se e voltar à posição de pé?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
10. Ajoelhar-se e voltar à posição de pé?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
11. Carregar uma caixa pequena?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
12. Carregar uma caixa grande?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
13. Levantar uma caixa de uma mesa?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
14. Levantar uma caixa do chão?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
15. Empurrar ou puxar um objecto?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

***Agradecemos a sua colaboração  
e o tempo que nos concedeu ao preencher este questionário***

## **APÊNDICE 7 - Consentimento Informado**

## Declaração de Consentimento

### TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA FUNCTIONAL ABILITIES CONFIDENCE SCALE PARA A LÍNGUA PORTUGUESA

**Eu, abaixo-assinado (nome completo do utente), \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_,  
compreendi que este estudo pretende avaliar o estado de saúde da população com lombalgia e contribuir para a adaptação e validação para a cultura portuguesa da Functional Abilities Confidence Scale (Escala de Confianças e Capacidades Funcionais). Fiquei esclarecido que tem como finalidade desenvolver um instrumento em português que permita uma melhor investigação e, conseqüente, ainda melhor tratamento no futuro. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e a todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos do corrente estudo. Além disso, foi-me informado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me sejam aplicados os inquéritos propostos pelo investigador.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2011

**Assinatura** \_\_\_\_\_ **do**  
**voluntário:** \_\_\_\_\_

O investigador responsável:

Nome: Lília Catarina Pimentel Almeida

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**



## **ANEXO I - Functional Abilities Confidence Scale (FACS)**

## Functional Abilities Confidence Scale

**Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Instructions: We would like to know how confident you are that you can do things today. Using the 0% to 100% rating scale, if you feel that you cannot sit for any length of time (item #1), you might rate this item as 0%. If you feel totally confident that you are able to do this activity, you might rate this item as 100%. Circle the number scale that best describes your current level of confidence that you could perform the activity, in various situations, regardless of pain and discomfort experienced.

	Not at all Confident											Completely confident
1. How confident are you that you can sit in any type of chair or seat for as long as you want or need to?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
2. How confident are you that you can stand for as long as you want or need to?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
3. How confident are you that you can walk as long as you want or need to?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
4. How confident are you that you can climb up and down stairs?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
5. How confident are you that you can get up and down from a sofa or chair?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
6. How confident are you that you can get in and out of a car or bus?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
7. How confident are you that you can sleep comfortably?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
8. How confident are you that you can reach above your head?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
9. How confident are you that you can bend down and return to a standing position?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
10. How confident are you that you can kneel down and return to a standing position?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
11. How confident are you that you could carry a small box?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
12. How confident are you that you can carry a large box?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
13. How confident are you that you can lift a box from a table?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
14. How confident are you that you can lift a box from the floor?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
15. How confident are you that you could push or pull an object?	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	

**ANEXO 2 - Autorização dos autores da FACS para a adaptação e validação cultural e linguística da FACS**

Dear Dr. Williams

A few months ago I started a Master Degree in Physicaltherapy Science's in the Faculdade de Motricidade Humana, in Portugal. While I was searching for the master thesis I found the instrument that you created to measures self-confidence concerning various movements and postures affected by low back pain. I found it to be very interesting, so I would like to translate and validate Functional Abilities Confidence Scale to portuguese language. I would like to ask for your permission to translate and validate it to portuguese language.

Yours sincerely,

Lília Almeida

[liliacpalmeida@gmail.com](mailto:liliacpalmeida@gmail.com)

Hi Lilia:

Thank you for your interest in our work. I give you permission to translate and validate the Functional Abilities Confidence Scale (FACS) to the Portugese language. When you have finished translating and validating the FACS, could you please share your results with me.

All the best,  
Renee

Renee M. Williams, PhD, PT  
Professor Emeritus  
McMaster University  
School of Rehabilitation Science  
1400 Main St W  
Hamilton, ON  
L8S 1C7  
Phone: 905 525-9140, ext 27830  
Fax: 905 524-0069  
Email: [rwilliam@mcmaster.ca](mailto:rwilliam@mcmaster.ca)

